

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

BELASTUNGLAGERUNG.

GRUNDZÜGE

EINER

NICHTOPERATIVEN BEHANDLUNG

CHRONISCH-ENTZÜNDLICHER FRAUENKRANKHEITEN

UND IHRER FOLGEZUSTÄNDE.

VON

DR. LUDWIG PINCUS,

FRAUENARZT IN DANZIG.

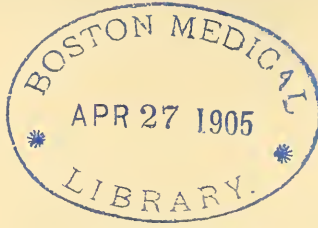
MIT 25 ABBILDUNGEN.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1905.

27 Cl 206

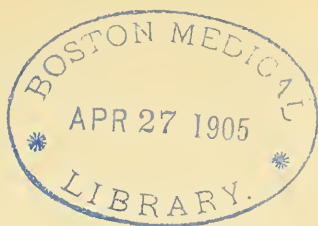


4740

Nachdruck verboten.

Übersetzungen, auch ins Ungarische, vorbehalten.

8686



V o r w o r t.

Die vorliegende Arbeit, welche auf wissenschaftlicher Grundlage eine praktische Richtung verfolgt, schildert eine exakte Heilmethode auf Grund langjähriger Erfahrung. Der durch Stichentscheid geklärte Erfolg bestimmt den therapeutischen Wert des Verfahrens.

Die aus den Kreisen der engeren Fachgenossen und der in der allgemeinen Praxis stehenden Ärzte geäußerten Wünsche geben die unmittelbare Veranlassung zur Niederschrift. Denn die Belastungslagerung mit ihren Modifikationen, sie soll eine Heilmethode der allgemeinen Praxis sein.

Es war von jeher das Bestreben des Verfassers, die Methode über die Kreise der engeren Fachgenossen hinaus bekannt zu machen. Es soll seine Aufgabe sein, diese aus Gründen der Praxis notwendige Popularisierung nach Kräften tunlichst zu beschleunigen. Das wird nunmehr leichter gelingen, weil auf Grund langjähriger Erfahrung und Beobachtung alle Bedingungen und Voraussetzungen, alle Folgen und Gefahren, alle Mittel, ersteren gerecht zu werden, letzteren erfolgreich zu begegnen, sich voll und ganz übersehen lassen. Die Methoden können genau so, wie sie beschrieben sind, unmittelbar in die Praxis übertragen werden. Die in früheren Schriften des Verfassers in Aussicht gestellte klinisch-kasuistische Bearbeitung des gesamten Materiales liegt in den folgenden Blättern vor. Wichtige Neuerungen, wie die Behandlung der Blutarmut, der Sympathikusneurosen, die Methode der Rückenmarksdehnung, die Kolpeuryntermassage, die Entwicklung der gynäkologischen Untersuchung in Mittelhochlagerung u. a. m., gliedern sich als ergänzende Teile dem Ganzen an.

Man möge dabei die ausserordentlichen, durch das Material der Privatpraxis eo ipso bedingten Schwierigkeiten berücksichtigen, man möge beherrzigen, dass von den ersten tastenden Versuchen an bis in die Periode der wachsenden Sicherheit hinein die fehlende Kollektivverantwortung der Klinik hemmend, aber vielleicht auch schneller ausgleichend, wirkte.

Die Schwierigkeiten der Privatpraxis bestimmten die Intensität der Beobachtungen, erschwerten die Extensität. Es musste eben der Weg auf seine Sicherheit bedächtig nach allen Richtungen geprüft werden.

Selbstverständlich wurden in der Darstellung alle hierher gehörenden Beobachtungen und Mitteilungen aus der Literatur berücksichtigt. Aber es konnte nicht zweckmässig erscheinen, sie eingehend zu analysieren. Denn es sollte auf der geschilderten Grundlage eine in der Praxis bewährte Heilmethode beschrieben werden. *Nonum prematur in annum*. Nur treue Beobachtung führt zur Wahrheit; sie nützt der Wissenschaft mehr, als überstürztes Trachten, Neues zu berichten. —

Danzig, im November 1904.

Ludwig Pincus.

Inhaltsverzeichnis.

| | Seite |
|--|--------|
| Vorwort | III—IV |
| Einleitung | 1—7 |
| Allgemeiner Teil | 8—52 |
| Erster Abschnitt: Geschichtliches | 8—15 |
| Zweiter Abschnitt: Zur Technik der Methode | 15—34 |
| Der Belastungskolpeurynter | 23 |
| Dritter Abschnitt: Die Heilfaktoren der Methode | 34—43 |
| 1. Die Mittelhochlagerung | 34—38 |
| a) Die Lagerung auf der schiefen Ebene (Planum inclinatum) | 34—38 |
| b) Die Entlastung und Elevation der Beckenorgane | 38 |
| 2. Die Belastung (Kompression) in ihrer wechselnden Form | 38—43 |
| Vierter Abschnitt: I. Die komplementären Heilfaktoren | 43—50 |
| a) Die methodische Atmungsgymnastik | 44—46 |
| b) Die Hebung des Allgemeinbefindens durch zweckmässige Ernährung etc. | 46—50 |
| II. Verhältnis der gynäkologischen Massage zur Bela- stungslagerung | 50—52 |
| Spezieller Teil (Klinik der Belastungslagerung) | 53—134 |
| Erster Abschnitt: I. Zur Diagnose der für die Belastungslage- rung in Frage kommenden entzündl. Beckenaffektionen | 53—56 |
| II. Die kombinierte Untersuchung in der Mittelhoch- lagerung (Planum inclinatum) | 56—61 |
| Zweiter Abschnitt: I. Indikationen | 62—64 |
| II. Kontraindikationen | 64—65 |
| 1. Dem Beckenboden benachbarte, oder ihm unmittelbar anliegende Affektionen | 66—85 |
| a) Exsudate; deren Überreste resp. Folgezustände | 66—80 |
| b) Retroflexio uteri fixata et mobilis | 80—83 |
| c) Cervixlaquearnarben und Dyspareunia | 83—85 |
| 2. In der Höhe des Beckeneingangs oder demselben benachbart liegende chronisch entzündliche Beckenaffektionen | 85—91 |

| | Seite |
|---|----------------|
| Dritter Abschnitt: Die ambulante Behandlung chronischer, namentlich exsudativer Beckenaffektionen | 91—99 |
| Vierter Abschnitt: Die diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung | 100—107 |
| Fünfter Abschnitt: Eine neue Methode der Behandlung einiger Begleit- resp. Folgezustände chronischer Beckenentzündungen | 108—131 |
| 1. Die Behandlung der chronischen Blutarmut | 108—120 |
| 2. Behandlung der Neurosen des Bauchsympathikus mittelst methodischer Kompression | 120—131 |
| Sechster Abschnitt: Die Belastungslagerung, eine Behandlungsmethode der allgemeinen Praxis | 131—134 |
| Anhang: Die Kolpeuryntermassage | 135—140 |
| Literaturverzeichnis | 141—146 |
| Namen-Verzeichnis | 147—148 |
| Sach-Verzeichnis | 149—152 |

Verzeichnis der Abbildungen.

| | Seite |
|--|-----------|
| 1. Hegarscher Untersuchungstisch mit den Ersatzteilen zur Belastungslagerung | 18 |
| 2. Derselbe; zur Belastungslagerung fertig hergerichtet | 19 |
| 3. Typische Mittelhochlagerung | 20 |
| 4. Verstellbare Betrahmen zur Belastungslagerung | 21 |
| 5. Belastungskolpeurynter (Quecksilberluftkolpeurynter) | 23 u. 135 |
| 6. Graduelle Belastung in Mittelhochlagerung | 24 |
| 7. Herzförmiger Belastungskolpeurynter | 27 |
| 8. Gazestopfer für Uterus und Vagina | 30 |
| 9. Kombinierte Untersuchung in Mittelhochlagerung | 57 |
| 10. Kompressionsbogen | 58 |
| 11. Mittelhochlagerung; Empordrängen des Darmes | 59 |
| 12. Uteruselevator | 61 |
| 13. Kompression des Bauches bei Anspannung der Arme | 111 |
| 14. Kompressionskeule; konzentrisch | 112 |
| 15. Dasselbe; exzentrisch | 112 |
| 16. Kompressionskeule im Gebrauch bei chronischer Anämie | 113 |
| 17. Aktive Autotransfusion durch Muskelanspannung | 114 |
| 18. Kompression des Bauches bei chronischer Anämie; Pulskontrolle | 115 |
| 19. Aktive Autotransfusion; Herzkompression | 116 |
| 20. Methodische Herzkompression in Mittelhochlagerung | 117 |
| 21. Kompressionsrad | 126 |
| 22. Kompression der Plexus an der Wirbelsäule | 127 |
| 23. Dasselbe; Kompressionsbogen | 128 |
| 24. Rückenmarksdehnung | 130 |
| 25. Kolpeuryntermassage in Mittelhochlagerung | 136 |



Einleitung.

Dem Titel nach könnte es den Anschein gewinnen, als läge in demselben ein gewisser, anscheinend prinzipieller Gegensatz zu der heutigen Richtung in der Gynäkologie.

Allein, es handelt sich hier keineswegs um eine prinzipielle, ablehnende Stellungnahme. Nur die strikte, logische Beantwortung der in allen therapeutischen Dingen an erster Stelle unbedingt zu stellenden Bedürfnisfrage war bestimmend für unser ganzes Vorgehen.

Mein verehrter Lehrer v. Winckel zitiert in der Einleitung zu seinem Lehrbuche (S. 7) zwei Aussprüche von Hegar (Zusammenhang von Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden, Stuttgart, 1885, S. 81): „Auch ist es hohe Zeit, einmal von etwas anderem zu hören, als stets von Bauchchirurgie und Antisepsis“, und von P. Müller in der Vorrede zu seinen Krankheiten des weiblichen Körpers (1888): „Es dürfte einmal wieder an der Zeit sein, der Gynäkologie andere Seiten als die operative abzugewinnen.“ Und er fügt hinzu: „Diesen Aussprüchen schliesst sich der Verfasser mit grosser Freude an, da sie seiner schon vor langer Zeit und oft ausgesprochenen Überzeugung in jeder Hinsicht entspricht“.

Das war die Zeit der operativen Hochflut, von welcher noch die Rede sein soll. Der Zeitstrom floss in sich überstürzenden Wellen. Mit Recht sagt E. Fränkel in den Enzyklopädischen Jahrbüchern der gesamten Heilkunde in einem mit vortrefflicher Kritik geschriebenen Aufsätze über unsere Heilmethode, dass dieses konservative Verfahren aus der berechtigten Reaktion gegen die unterschiedslose operative Entfernung jedes erkrankten Eileiters und Eierstockes und ferner aus der Unzulänglichkeit der bisherigen resorptiven Behandlungsmethoden hervorgegangen sei. Derselben Auffassung geben auch die aus den Universitätskliniken in Wien (Schauta), Berlin (Olshausen), u. a. O., hervorgegangenen Abhandlungen Ausdruck. Es ist erfreulicherweise heute schon dahin gekommen, dass das Interesse der führenden Gynäkologen nicht mehr einseitig und ausschliesslich durch die Ausbildung der operativen Technik absorbiert wird. Fritsch schreibt in der Vorrede zur achten Auflage seines Lehrbuchs (Berlin 1897): „Lange schwankte ich, ob ich das 16. Kapitel: „Den Frauen eigentümliche Darmleiden“, drucken

lassen sollte oder nicht. Ich beschloss wesentlich deshalb die Veröffentlichung, weil ich die Überzeugung gewann, dass viele moderne Gynäkologen zu sehr Techniker sind und zu wenig Ärzte. Wir dürfen uns nicht mehr und mehr von den Anschauungen der internen Medizin trennen, sondern müssen im Gegenteil wieder die Verbindung suchen. Die allgemeinen therapeutischen Gesetze gelten auch für den Gynäkologen.“

Und Chrobak (Wien) „begrüsste es“ in der Diskussion zu Halbans Vortrag über unsere Methode, von welchem unten ausführlich die Rede sein soll, „in erster Linie mit Genugtuung, dass auch die jüngeren Herren sich heute nicht allein mit besonders glänzenden Operationen abgeben, sondern sich auch jenen Dingen zuwenden, wo die Behandlung viel langsamer und mühsamer ist, und wo sich nicht so rasch Lorbeeren erringen lassen.“

Jedoch es ist klar, dass bei klinischem Material vorläufig noch die operative Behandlung überwiegen wird, solange eben die Arbeitsunfähigkeit als *dira indicatio* gelten muss. Es handelt sich bei den klinischen Patientinnen um Menschenmaterial, welches schnell wieder arbeitsfähig sein muss, soll es nicht aus äusseren Gründen unterliegen. Das kann erst anders werden, wenn die Anregungen von v. Winckel, Fritsch, G. Klein, Sippel u. a., Asyl für chronisch-unterleibsranke Frauen zu bauen, in die Tat umgesetzt ist. Sehr richtig schreibt Foges (aus dem Rudolfinerhause in Wien) S. 5: „Ein chirurgisches Spital kann nur ausnahmsweise konservativ (Belastungslagerung) zu behandelnde Fälle aufnehmen.“ Deswegen lässt er es sich angelegen sein, die Kenntnis der Methode unter den praktischen Ärzten zu verbreiten: „weil sie diese Therapie, auf deren Vorteile ich noch näher eingehen werde, im Privathause, wo Platz und Zeitmangel nicht in Frage kommen, am besten werden durchführen können.“ Wenn Foges dann weiter schreibt, dass einige dieser Patientinnen von den Ärzten zur Operation ins Krankenhaus geschickt wurden, dort aber durch Belastungslagerung geheilt wurden, so muss man tatsächlich die schwer fühlbare Lücke in der Organisation schmerzlichst bedauern und energisch zu beseitigen suchen.

Was nutzt es unter solchen Verhältnissen, die Frauen zu warnen und zu ermahnen, wie es schon vor 30 Jahren Andersson in einem eindringlichen, noch von Karl Schroeder referierten, Aufsätze tat, den Organismus nicht in seiner Periodizität zu stören, sich während der Menstruation keinerlei Schädlichkeit auszusetzen!?

Es sollten sich in allen Provinzen, in allen Einzelstaaten unter Führung der med. Fakultäten — das Material sollte eventuell Lehrzwecken nutzbar gemacht werden — Vereine bilden, welche dieses Ziel erstreben. Das ist eine Kulturaufgabe ersten Ranges: die gesunde Frau ist der Reichtum der Nation. Das vorgesteckte Ziel schwebt nicht in der Luft. Gewiss wird auch hierbei die private Wohltätigkeit nicht versagen, wenn gleich ein erhebliches staatliches Interesse vorliegen dürfte.

Die Landesversicherungsanstalten sind berufen und verpflichtet, diese Bestrebungen zu fördern!

Es unterliegt keinem Zweifel mehr, dass vor allem in der Privatpraxis bei Adnexaffektionen und entzündlichen, namentlich adhäsiven Vorgängen im Paraperimetrium, d. h. also bei krankhaften Vorgängen in der Serosa und im Bindegewebe des Beckens, ein wirkliches Bedürfnis nach anderen therapeutischen Methoden vorliegt, als nach den bisherigen operativen. Verfasser knüpft an eigene wichtige Beobachtungen an und wird an der Hand derselben weiter unten in eine exakte Beweisführung eintreten.

Man steht der klinischen Tatsache gegenüber, dass durch die Belastungslagerung und deren Kombinationen wesentlich bessere und schnellere Erfolge erzielt werden, als durch alle bisher bekannten, resorbierenden Methoden, und dass Frauen funktionsfähig und auch funktionstüchtig werden, bei welchen nach früheren Grundsätzen verstümmelnde Operationen a priori unvermeidlich schienen. Wie oft und wie mannigfaltig hatte Verfasser in der Praxis des letzten Jahrzehnts Frauen zu behandeln, welchen durch glänzend gelungene Operationen die Narbenmassen, Adnextumoren, Überbleibsel aller möglichen Beckenentzündungen, in Serosa oder Bindegewebe, entfernt wurden, und welche dann bald darauf an ihrer „dritten“ Krankheit, wie der Volksmund sagt, nicht gerade starben aber dauernd siech und zur *crux medicorum* wurden, bis sie ihre Gesundheit durch die Belastungslagerung wieder erhielten. *Curando fieri majora saepe videmus Vulnera, quae melius non tetigisse foret.* Solche „dritte“ Krankheiten sind für Arzt und Patientin sehr betrübend. Aber verhängnisvoll ist die weitere, in den vorstehenden Sätzen schon angedeutete, schwerwiegende Beobachtung, dass es möglich ist, durch konservative Behandlung, wie die Belastungslagerung eine solche *κατ' ἐξοχήν* darstellt, also durch Resorptionskuren im eigentlichen Sinne des Wortes, Frauen wieder funktionstüchtig zu machen. Gerade diesen tief ins Familienleben einschneidenden Umstand betonte Verfasser schon in früheren Schriften mit Nachdruck.

Gerade die zu erreichende *Funktions-tüchtigkeit* lehrt, dass zwischen der operativ erzielten symptomatischen Heilung und solcher durch Belastungslagerung ein Vergleich kaum zu ziehen ist. Und wer nur einmal Schwangerschaft hat eintreten sehen bei Frauen mit Adnexerkrankungen, welche durch eine Resorptionskur geheilt wurden, welche — nun wir wollen einmal sagen: „durch Zufall“ — der Operation entgingen, wird sich doch sagen müssen, dass, wenigstens in den Fällen von chronischen Entzündungen der Beckenserosa oder des Beckenbindegewebes, trotz Anti- und Asepsis, des Aëtius (Tetrab. IV, Serm. IV, Kap. XXII) Worte zu beherzigen sind: „ . . . ad chirurgiam non temere esse progrediendum.“

Schon in früheren Schriften konnten aus unserem Materiale ohne direkte Nachforschung acht solcher Fälle von Schwangerschaft nach erfolgreicher Belastungslagerung berichtet werden. Ein neunter Fall konnte in der letzten Abhandlung hinzugefügt werden. Eine im November 1903 ad hoc angestellte beschränkte Umfrage brachte weitere sieben Fälle zur Kenntnis des

Verfassers, so dass nunmehr 16 gut und sicher beobachtete Graviditätsfälle aus der eigenen Praxis vorliegen (s. klinischer Teil). Es handelte sich viermal um doppelseitige Perisalpingitis und Perioophoritis, dreimal um linksseitigen Tubentumor, rechtsseitige Entzündung in den Ligamenten, zweimal desgleichen vorwiegend rechts, siebenmal um Parametritis und Perimetritis lat. utriusque.

Die Belastungslagerung hatte in der Mehrzahl dieser Fälle, soweit Verfasser dies gleich oder nachträglich feststellen konnte, eine so vollkommene Resorption erzwungen, dass selbst durch genaue kombinierte Untersuchung nichts Krankhaftes mehr nachweisbar war. Dass eine „anatomische“ Heilung vorlag, beweisen die prompt eingetretenen Schwangerschaften. Solche Erfahrungen machen es begreiflich, dass Verfasser mit Ausdauer und Beharrlichkeit für die Ausbreitung der Methode wirkt. Allein, man darf neue Heilmethoden nicht ohne Prüfung annehmen oder verwerten (Hippokrates). Deshalb bemühten wir uns neuerdings aus dem Materiale der eigenen Privatpraxis breitere Grundlagen zu gewinnen.

Denn gerade in der Privatpraxis sind solche Beobachtungen ungemein schwerwiegend. v. Winckel machte stets auf diese Verhältnisse aufmerksam. Er erwähnt in dem Penzoldtschen Handbuche, dass „auch bei den anscheinend schweren Veränderungen eine vollkommene Ausheilung und ein Wiedereintritt von Schwangerschaft mit normalem Verlauf erfolgen“ kann. Isaac hat aus der Literatur 44 Fälle von doppelseitiger, 49 von einseitiger Adnexerkrankung, sowie 22 Fälle von Para- und Perimetritis zusammengestellt, in welchen nach der Heilung Schwangerschaft auftrat. Er zieht hieraus den Schluss, dass man in der grossen Mehrzahl der entzündlichen Erkrankungen der Adnexe konservative, die Funktion erhaltende Methoden anwenden soll, und dass auch bei den anscheinend schwersten Veränderungen eine vollkommene Ausheilung und ein Wiedereintritt von Schwangerschaft möglich ist und häufig genug wirklich vorkommt. — Diese Beweisführung könnte mit Leichtigkeit noch weiter ausgedehnt werden. Aber es ist unnötig.

Gewiss wird man immer wieder einwenden: „Ja, das ist alles recht zutreffend, aber es ist in der klinischen Praxis unmöglich, diese Kuren durchzuführen.“ Dadurch kam man allerdings zu den Lehren der Péanschen Schule, d. h. zur Herbeiführung der Heilung langwieriger, chronischer Beckenaffektionen, den Uterus mit den Adnexen zu exstirpieren. Aber es ist keineswegs erlaubt, solche Lehren in die Privatpraxis zu übertragen. In der Privatpraxis ist die Belastungslagerung mit allen ihren Variationen durchführbar; auch die klinische Praxis soll noch mehr als bisher erobert werden. Das ist ja schliesslich „nur“ eine Geldfrage. Man kann mit Trélat (hôpital Necker) drei Arten von Operationen unterscheiden: 1. Des Opérations d'urgence, der Eingriff ist dringend und unaufschiebbar, 2. de nécessité, der Eingriff ist notwendig, um grösseren Gefahren vorzubeugen und 3. utiles, der Eingriff ist notwendig, um die Funktion wieder herzustellen, das Leben zu erhalten, die äussere Form zu erhalten usw. Abgesehen von den Fällen mit Eiterung,

welche eine besondere Stellung einnehmen (s. klinischer Teil!), ist es unmöglich, die uns beschäftigenden Krankheitsformen unter diesen drei Formen von Operationen unterzubringen. Selbst nicht einmal von *Opérations utiles* darf die Rede sein. Das haben Glävecke, Schmalfluss u. a., die Bearbeiter der „dritten Krankheit“ nach Adnexoperationen, dargetan; das wissen wir alle aus eigener Erfahrung. Bei den schweren Fällen von Ausfallserscheinungen rief ich mir selbst die beissend sarkastischen Worte *Juvenals* ins Gedächtnis: *Innumerabiles morbos miraris? Medicos numera.*

Der soeben von seinem Lehramt zurückgetretene, gewiss nicht zaghafte *Dupley* sprach in seiner Antrittsvorlesung (1881) von der Chirurgie des Auslandes mit Worten höchster Entrüstung. Aber auch hier floss der Zeitstrom in Wellen.

Es gab eine Zeit (1886), — man ist versucht, zu schreiben: es war einmal —, da konnte *Emmet* zur Warnung vor zu häufigen indikations- und kritiklosen Operationen erzählen, dass es in den New-Yorker ärztlichen Gesellschaften ein ganz gewöhnliches Vorkommnis gewesen sei, wenn man in denselben grosse Suppenschüsseln voll Uterusanhänge zu sehen bekam. Und in den Diskussionen mancher gynäkologischen Gesellschaften wurde nur der beachtet, welcher, wie *Ramy* sagt, am meisten von der Anatomie der Frau fortschneiden konnte.

Es war ein vieltausendfaches Experiment *in corpore vili*. *Thomas Keith* nannte das einmal: „brutale Eile beim operativen Vorgehen“. Das alles bezieht Verfasser selbstverständlich nur auf die uns im vorliegenden Buche beschäftigenden Krankheitsfälle.

Es ist leichter, die Adnexe zu entfernen, als sie zur Heilung zu bringen. Und mit Recht sagt *Doléris*, dass sehr viel häufiger der Arzt als die Kranke vor der langwierigen Behandlung zurückschreckt. Gewiss erinnert sich noch mancher der Worte desselben Autors auf dem Berliner Internationalen Kongress: „Die Physiologie ist die Basis und der Ausgangspunkt der heutigen Therapie, die Konservierung der Funktion ihr Hauptzweck. . . . Ich glaube, dass die physiologische Periode unserer Kunst eine *Conditio, sine qua non* für die Stabilität und deren Fortschritt geworden ist.“

Die operative Gynäkologie hat bei den sogenannten Adnexoperationen nicht das gehalten, was sie versprochen, und was man von ihr erwartete. Man bedenke, dass die überwiegende Mehrzahl aller unsere Hilfe in Anspruch nehmenden Patientinnen gerade an den uns hier beschäftigenden Affektionen leidet! Aber das Übermass diente und führte zur Erkenntnis.

Si illum objurges, vitae qui auxilium tulit,

Quid facias illi, qui dederit damnum aut malum?

Ein klassischer Zeuge: *Hegar*, der Altmeister der operativen Gynäkologie, schreibt 1897: „Unsere Kenntnisse über die krankhaften Prozesse in der Schleimhaut des Sexualschlauches, über die gutartigen und bösartigen Neubildungen, über pathologische Veränderungen des Ovariums und des Eileiters und anderes mehr sind erheblich bereichert worden, und zwar durch

Forschungen, welche ihren Anstoss durch das Bestreben erhielten, jenen Affektionen operativ beizukommen. Alles hat aber seine Zeit, und das zu lange Verfolgen einer bestimmten Richtung in ausschliesslicher Weise bringt wenig Früchte mehr und wird auch am Ende langweilig. Operationen vermögen ja pathologische Prozesse häufig zum Stillstand zu bringen, ihr Produkt zu beseitigen, auch wohl Ersatz zu geben für insuffiziente oder verloren gegangene Körperteile; aber ein vollständig normaler Gesundheitszustand wird dadurch leider nur in den selteneren Fällen herbeigeführt.“

Und Fritsch, dem wir nicht minder geistvolle, durchgreifende Weisungen in der operativen Gynäkologie verdanken, spricht sich, in Übereinstimmung mit Doederlein (l. c.), in der neunten Auflage seines weitverbreiteten Lehrbuches (1900) folgendermassen aus: „Man sollte jeder Patientin mit einem Adnexitumor wenigstens sechs Monate Zeit der Überlegung, der Selbstbeobachtung, der exspektativen Therapie anbefehlen und erst dann nach nochmaliger Untersuchung die Operation vorschlagen. Auch dann darf man, um nicht zum Lügner zu werden, nicht zu viel versprechen.“ Auch in der zehnten Auflage 1901 (S. 467 f.) spricht er sich mit eindringlichen, warmherzigen Worten in ähnlichem Sinne aus, selbstverständlich den resorptiven Methoden einen erheblichen Raum gebend.

Besonders erfreulich war das Ergebnis der bezüglichen Versuche in der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin (Olshausen), über welche Wolff in seiner Dissertation (S. 37) folgendermassen berichtet:

„Nach den früheren und in der vorliegenden Arbeit hinzugefügten Erfahrungen darf die Einführung der Belastung in die gynäkologische Therapie als ein grosser Fortschritt bezeichnet werden. Bei Einfachheit und Ungefährlichkeit der Anwendung, wenn vorsichtig und aufmerksam verfahren wird, übertrifft sie die übrigen Resorptionsmittel an Schnelligkeit des Erfolges und verliert selbst dann ihre Wirksamkeit nicht, wenn die anderen Mittel im Stich gelassen haben. Die Belastungstherapie kann daher zur Behandlung der chronischen Entzündungen der weiblichen Beckenorgane, nach den hier gemachten Beobachtungen, speziell der Exsudate, nur warm empfohlen werden.“

Einen Widerhall fanden alle diese und ähnliche Bestrebungen, kurz die ganze, oben dargelegte Stellungnahme in der Rektoratsrede, welche Czerny in Heidelberg am herkömmlichen Dies academicus (1903) der Ruperto Carola hielt („Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Beziehungen zum Unterricht“). Er tadelte, dass man oft vergesse, wie jede Operation mit erheblichen Gefahren verbunden sei, und betonte, dass man erst zur Operation berechtigt sei, wenn alle übrigen Mittel erschöpft sind.

Aber noch 1899, zur Zeit der Münchener Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, war die Sachlage im allgemeinen eine solche, dass Verfasser lange Zeit schwankte, ob er Aussicht habe, mit Erfolg seine oben entwickelten, aus der pulsierenden Praxis geschöpften Anschauungen vortragen zu dürfen. Zum Glück waren die Bedenken gegenstandslos.

Der Berichterstatter der Therapeutischen Monatshefte schrieb über die Münchener Versammlung:

„Es ist als eine erfreuliche Tatsache zu bemerken, dass auf dieser Naturforscherversammlung, wohl zum ersten Male, unter allgemeinem Beifall die Gegner der unterschiedslosen, operativen Eingriffe bei Adnexerkrankungen ein konservatives Verfahren befürworten konnten, gegenüber denjenigen, welche jeden Eileiter oder Eierstock, der nur die geringsten, pathologischen Veränderungen zeigt, exstirpieren.“

Was in München vorgetragen wurde, und was auf der Aachener Tagung (September 1900) wiederum zum Ausdruck kam, das ist keine prinzipielle ablehnende Stellungnahme, welche niemals zu rechtfertigen wäre, sondern der geklärte, ruhig dahinfließende Zeitstrom.

Allgemeiner Teil.

Erster Abschnitt.

Geschichtliches.

Zur Vorbereitung der ersten zusammenfassenden Abhandlung über Belastungslagerung, welche zum 50jährigen Doktorjubiläum Heinrich Abeggs erscheinen sollte und deshalb bis über die Braunschweiger Naturforscherversammlung (s. unten) hinausgezögert wurde, hatte Verfasser in den Jahren 1895 und 1896 eingehende geschichtliche Untersuchungen in der Königlichen Bibliothek zu Berlin (s. Volkmannsche Samml. klin. Vortr. 1902, Nr. 332, S. 6) unternommen, teils im Interesse der Wissenschaft an sich, teils, damit den in der heutigen Zeit so aufdringlichen Prioritätsstreitigkeiten vorbeugend begegnet werden könnte.

Es sei hier zunächst festgestellt, dass unter Belastungslagerung eine *Positio in plano inclinato cum compressione* verstanden werden soll, d. h. also die Lagerung auf der schiefen Ebene: „Mittelhochlagerung“, unter gleichzeitiger Heranziehung der Belastung (Kompression). Es wird hier und in der ganzen weiteren Darstellung durchaus an dieser vom Verfasser eingeführten Bezeichnung festgehalten. Die von Halban, Klinik Schauta, später gebrauchte Bezeichnung: Belastungstherapie dürfte nicht so korrekt sein. Man möge eben beachten, dass das Wort Belastungslagerung eine prägnante Bezeichnung für therapeutische Vorgänge und Anordnungen, und die Belastungslagerung als Methode ein typisches neues Moment in der Therapie der Frauenkrankheiten darstellt.

Aus den Nachforschungen ging klar hervor, dass eine Methode, welche die komplementäre Bedeutung der beiden hauptsächlich in Frage kommenden Faktoren, der Mittelhochlagerung und der Kompression, würdigt, noch nicht beschrieben war. Hingegen waren einzelne Faktoren der Methode, darunter auch einige komplementäre, bereits bekannt und auch in der Therapie berücksichtigt worden. Aber alle Andeutungen und beachtenswerten Ratschläge fanden sich völlig zerstreut in der Literatur. Auch konnten sie schliesslich nur die ersten Erwägungen theoretischer Art, welche von den Gesetzen der Resorption parenchymatöser Exsudationen ausgingen, wie auch die bezüglichen klinischen Beobachtungen bestätigen, welche Verfasser schon bei der Veröffentlichung der Behandlungsmethode der *Constipatio muscularis traumatica* (s. Literaturverz.) mitteilen durfte.

Bei keinem der massgebenden Schriftsteller des Altertums und des Mittelalters fanden sich unmittelbar hierher gehörende Beobachtungen oder therapeutische Massnahmen, von einer „Methode“ ganz zu schweigen. Die Forschungen scheiterten an der Tatsache, dass man die Krankheitszustände, welche uns beschäftigen, nur „ahnte.“ Es seien Hippokrates, Galenus, Soranus, Aëtius, Rhazes, Avicenna genannt. Prochownik, welcher umfangreiche historische Studien über die Massage bei Frauenkrankheiten gemacht

hat, konnte feststellen, dass z. B. bei Franz v. Piemont und in den Sermones des Nicolaus de Falconii (Venetiae 1484) sich keinerlei Andeutungen über therapeutische Vorgänge finden, welche der Massage ähneln. Immerhin könnte man hinsichtlich der Bestrebungen, die Körperposition zur Behandlung der Frauenkrankheiten auszunützen, bis auf Hippokrates oder doch bis auf die Hippokratiker zurückgehen. Das Verfahren der Ärzte jener Zeit zur Heilung des Uterusprolapses dürfte bekannt sein. Die Kranke wurde mit dem Kopfe nach unten auf eine Leiter gebunden und durch Schütteln derselben die Reposition erzielt. Die Kranke blieb darauf 40 Tage lang mit gekreuzten Knien fest zu Bette liegen. Die zu profuse Menstruation wurde durch Hochlagerung des Beckens im Bette gemindert. Soranus v. Ephesus schildert die Behandlung in ähnlicher Weise und schreibt sie dem Euryphon zu. Er verwirft diese Methode, ebenso wie die des Diokles, welcher zur Heilung des Vorfalles Luft in den Uterus treibt (Kolpeurynter!) und einen in Essig eingetauchten Granatapfel in die Vagina legt. Soranus empfiehlt zur Bekämpfung der Uterusblutungen gleichfalls ruhige Bettlage mit erhöhtem Becken, auch erhöhte man zu diesem Zwecke das Fussende des Bettgestells (Planum inclinatum).

Das wäre wohl alles. Die weniger bedeutenden Schriftsteller wiederholen lediglich die Lehren des Hippokrates, des Celsus oder Galenus. Selbständige Gedanken bezüglich unseres Gegenstandes sucht man vergeblich. Von der „Bauchlage“ ist wiederholt bei alten Schriftstellern die Rede. Die „knieende Bauchlage“ wurde bereits zu Anfang des 19. Jahrhunderts von W. J. Schmidt und Ritgen, auch die „Knieellenbogenlage“, als sehr günstig zur Vornahme der Reposition der retrovertierten, schwangeren Gebärmutter empfohlen.

In neuerer Zeit, besonders seitdem durch Sims um die Mitte des 19. Jahrhunderts (1845) die Knieellenbogenlage für gynäkologische Zwecke dienstbar gemacht worden, ist eine ganze Anzahl von Arbeiten erschienen, welche diese Lagerung oder die Kniebrust-, Knieschulter-, Kniegesicht-, Kniehand-, die Seitenbauch- und Bauchlage zur Beseitigung der Hyperämie in den Beckenorganen empfahl (z. B. Campbell, Courty u. a.).

Die Forschungen betreffs der Kniebrust- und ähnlicher Lagen gehören nur bedingt hierher. Denn es sei gleich vorweg bemerkt, dass dieselben für unsere Zwecke und dann auch für andere Anforderungen der Praxis, z. B. zur Reposition des retroflektierten Uterus, zum Einlegen von Pessarien, zur Beseitigung passiver Kongestionen im Becken u. dgl. m., nicht oder kaum nutzbar gemacht wurden. Denn die Lagerung verletzt, namentlich, wenn man während derselben irgend welche Untersuchungen vornimmt oder gar unter Leitung des Auges im Spekulum behandelt, in hohem Grade das Schamgefühl der Frauen. Die Frauen halten sie einfach für unanständig: mulieres sunt enim verecundiores (Hippokrates). Eine Frau besseren Standes ist überhaupt nicht dazu zu bewegen, öfter solche Manipulationen an sich vornehmen zu lassen. Mit der Schwierigkeit, diese Lagerung in der Praxis durchzuführen, fällt auch ihre praktische Bedeutung um ein wesentliches.

Die Forschungen betreffs der im letzten Jahrzehnt weitverbreiteten „Beckenhochlagerung“ gehören hierher, wenschon das Planum inclinatum der Belastungslagerung sich in einigen Punkten von ersterer unterscheidet. Bei der typischen Beckenhochlagerung liegt der Rumpf der Patientin auf einer schiefen Ebene, welche einen Winkel von ca. 45° mit der Horizontalen bildet. Das Planum inclinatum erhebt sich höchstens bis zu einem Winkel von 30° — „Mittelhochlagerung“ —. Bei ersterer hängen die Unterschenkel im Knie gebeugt herab, bei letzterer liegen die unteren Extremitäten in ihrer ganzen Länge erhöht, damit das Blut völlig ungehindert zurückfließen kann.

Die Beckenhochlagerung wird im allgemeinen nach Trendelenburg benannt, wenn gleich er nicht ihr Erfinder ist. Sein Verdienst ist es, diese Lagerung populär gemacht zu haben. Deshalb wird sein Name mit Recht mit derselben verknüpft. Trendelenburg beschrieb sie zwar erst 1890 (s. auch W. Meyer, Archiv f. klin. Chir. XXXI, S. 514), während sie schon 1888 von Mendes de Leon, 1889 von Lange und in demselben Jahre von J. Veit empfohlen wurde. Mit Recht schreibt Fritsch dazu: „Die Priorität muss dem zuerkannt werden, dem es gelingt, eine Erfindung zum Allgemeingut zu machen,

sie so zu begründen und zu empfehlen, dass sie überall anerkannt wird. Das tat Trendelenburg.“

Verfasser hatte schon vor 1888 von der Lagerung auf der schiefen Ebene ausgedehnten Gebrauch gemacht. Hauptsächliche Veranlassung dazu gab eine Reihe von günstigen Erfahrungen mit der Autotransfusion und mit der mechanischen Behandlung der muskulären Konstipation der Frauen, über welche Verfasser bereits im Archiv für Gynäkologie ausführlich berichten durfte. Veranlassung dazu gaben, von eigenen Beobachtungen abgesehen, auch die Untersuchungen Donaldsons (1885), welche dann auf die einfache Mittelhochlagerung ausgedehnt wurden. Donaldson hatte an der Hand einer grossen Erfahrung ausgedehnte Versuche über die Wirkung der verschiedenen Körperstellungen auf die Eingeweide des Beckens der Frau angestellt und war zu dem beachtenswerten Ergebnis gekommen, dass man entschieden von der Empfehlung der ruhigen Rückenlage abgehen müsse. Er empfahl dringend die Kniebrustlage, aber merkwürdigerweise auch zur Herbeiführung einer guten Involution des Uterus in puerperio, ohne auf die doch unvermeidlichen erheblichen Erschütterungen des Körpers der schwächlichen und schwer beweglichen Frau Rücksicht zu nehmen.

Der Erste, welcher sich eingehend mit der Beckenhochlagerung und deren Vorzüge für die gynäkologische Diagnose beschäftigte, war Schauta (1890). Von Beuttner wurden diese Untersuchungen dann (1897) mit Erfolg auch auf die gynäkologische Massage ausgedehnt.

Die eigenen Untersuchungen betreffs der Mittelhochlagerung wurden wohl durch Donaldsons Mitteilungen angeregt, doch die ersten bezüglich Beobachtungen reichen schon (s. Festschrift für Abegg S. 21) bis in die Zeit der klinischen Tätigkeit in Dresden (v. Winckel) und in Danzig (Abegg) zurück. Wiederholt versuchten wir und zwar methodisch-wissenschaftlich, zur Umgehung der allerdings geringen Umständlichkeit, welche das Planum inclinatum nun einmal schafft, auf andere Weise zum Ziele zu gelangen. Die Ratschläge Olivers (1886), dies durch allgemeine Verordnungen zu erzielen, welche sich auf die Verbesserung der Blutbeschaffenheit, Anregung des Tonus der Muskeln und Gefässe, Atemgymnastik u. dgl. beziehen, liessen uns vielfach in Stich. Der weibliche Körper ist in den allermeisten Fällen durch die Kleidung, — „der kleinste Teil ist an dem Mädchen es selbst“, klagte schon Ovid —, durch missverständene, ästhetische Rücksichten mancherlei Art, z. B. durch das Fehlen körperlicher Übungen, durch willkürliche Unterdrückung des Stuhlgangs und der Harnentleerung, misshandelt worden. Aveling und Emmet empfahlen dann (1892) die Anwendung der Beckenhochlagerung zur Verminderung der uterinen Blutungen (Hippokratiker, Soranus!), und zur Bekämpfung entzündlicher Vorgänge im Becken. Es ist im Hinblick auf Soranus von Ephesus originell, dass Aveling gegenüber Emmet betreffs der Hochlagerung zur Verminderung von Blutungen — die Priorität beansprucht! Auch Lobingier (1897) legte besonderen Wert auf Heranziehung mechanischer Faktoren für die Therapie entzündlicher Beckenaffektionen. Er empfahl die mechanischen Kräfte der Schwere, die Saugkraft der Atmung, die Anwendung von Bauchbinden u. dgl. Sie alle standen augenscheinlich unter dem Einfluss der Publikationen von Veit und Trendelenburg, resp. Schauta. Man wollte die Resorptionsvorgänge beschleunigen, man wollte opponieren gegen das Althergebrachte „*Multa scire, pauca agere*“, welches vielfach bei der Therapie der entzündlichen Unterleibsaffektionen zum Ausdruck kam.

Doch auch die *Potentia naturae*, von welcher schon Reinick, ein alter Danziger, in seiner Dissertation (1732) sagt: „*Plus valet potentia naturae, quam vis medicamentorum*“, wirkte zu langsam.

Das hauptsächlichste Mittel zur Beschleunigung der Resorptionsvorgänge erkannte man in der Kompression. Sie spielte von altersher eine grössere Rolle zu therapeutischen Zwecken als die Hochlagerung. Aber wir sind bei der den Alten fehlenden Kenntnis der Affektionen vielfach auf Kombinationen angewiesen. Es wird auch in den Zeiten der Hippokratiker nicht viel anders gewesen sein als jetzt, wengleich die Gonorrhoe kaum die grosse Ausdehnung gehabt haben wird. Es werden auch zu jener Zeit Prolapse

und ähnliche Affektionen mit schmerzhaften entzündlichen Vorgängen im Becken verbunden gewesen sein. Wenn wir weiter berücksichtigen, wie schwer es hält, einen Prolaps zurückzuhalten, so werden wir nicht fehlgehen in der Annahme, dass die von den alten Autoren beschriebenen Vaginaltamponaden auch komprimierende Wirkung gehabt haben. Die von Euenor empfohlene Einlage von Stücken Rindfleisch, der von Diokles empfohlene in Essig eingeweichte Granatapfel, die von Strato empfohlene Füllung der Vagina mit Asche u. dgl. m., alle diese Verordnungen mussten Kompression ausüben, wenn sie den Prolaps zurückhalten oder sonstwie eine Heilwirkung haben sollten.

Die Kompression des Bauches wurde nur von Celsus, an der oft zitierten Stelle (De med. libr. VIII, ed. Daremberg, VII, pag. 29), zur Expression des nachfolgenden Kopfes erwähnt. Auch kannte man bei den alten Indern bereits die Expression der zurückgebliebenen Placenta durch äusseren Druck. Zur Behandlung gynäkologischer Affektionen waren dergleichen Manipulationen unbekannt (s. auch Kleinwächter l. c.).

Die Kompression des Bauches wurde aber schon von Autoren früherer Jahrhunderte, allerdings nur in roh empirischer Weise, bei den verschiedensten schmerzhaften Affektionen des Bauches, namentlich auch zur Verhinderung und Kupierung hysterischer Konvulsionen u. dgl., angewandt. So von Willisius (16. Jahrh.) und ähnlich von Mercado (16. Jahrh.). Monardès legte einen grossen Stein auf den Unterleib und Boerhave (Anfang des 18. Jahrh.) empfahl mit einem zwischen Crista ossis ilei und den Rippen angelegten und durch festen Bindedruck fixierten Kissen eine Kompression auszuüben. Ähnlich gingen auch spätere Autoren vor, z. B. Récamier und Négrier.

Wer es unternimmt, mit der besseren Erkenntnis unserer Zeit zwischen den Zeilen der alten Codices zu lesen, wird bald einsehen, dass die Diagnose „Hysterie“ sehr oft nichts weiter bedeutet als einen Lückenbüsser, dass die „Affectiones istae, quae non minus Doctorum ingenia quam laborantium corpora diutissime cruciavêre“, über welche Highmorus in seinem Buche klagt, ganz sicher vielfach auf „Adnexerkrankungen“ zurückzuführen sind. Mithin erscheint es nicht zweifelhaft, dass die von den alten Ärzten erfolgreich angewandte Kompression vielfach unbewusst auch bei „Adnexerkrankungen“ verwertet wurde.

Seit den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts ist die methodische Kompression ein von den Chirurgen viel gebrauchtes Heilverfahren. Hecker empfiehlt das Verfahren auch schon bei „Phlogose der serösen Häute mit Erguss von Flüssigkeit“. Velpeau (Estevenet) gebraucht die Kompression bei den verschiedenartigsten Entzündungen und sieht in der Gegenwart von Eiterherden in der entzündeten Stelle keine Kontraindikation.

Von weiteren Erscheinungen in der Literatur interessiert den Gynäkologen, und uns speziell hier, wohl nur die Tatsache, dass Charcot die Kompression des Unterleibs mit Schrotsäcken zur Kupierung gewisser hysterischer Anfälle einem von Lannelongue für chirurgische Zwecke verwerteten Verfahren entlehnte. Diese Tatsache verdient insofern Erwähnung, als auch andere Autoren, vor allem z. B. Auvard (1892), durch Hinweis in der Literatur zur Anwendung der Schrotsäcke zwecks Kompression der Unterleibsorgane veranlasst wurden. Auch Verfasser gab diesen Anregungen Folge. Die Schrotsäcke ermöglichten jedoch nur die Kompression bei ruhiger Bettlage. Es ist deshalb verständlich, dass Charcot selbst nach einem Ersatz dafür suchte. Der von ihm konstruierte „Compresseur de l'ovaire“ übte zweifellos, schon durch die Ruhigstellung der Muskulatur, auch günstigen Einfluss auf begleitende Adnexaffektionen aus, wenn auch in den Publikationen von Debove, Bourneville u. a. immer nur die Heilwirkung bezüglich der Hysterie hervorgehoben wird. Guéniot, welcher schon 1876 die günstige Einwirkung der Kompression auf Begleiterscheinungen der Uterusfalschlagen beobachtete, konstruierte an Stelle der Ceinture hypogastrique eine Ceinture inguinale, nach Art eines grossen doppelseitigen Bruchbandes. Die Erfahrungen und Beobachtungen aus der eigenen Praxis berechtigen uns, die Analogieschlüsse betreffs der therapeutischen Wirkung all dieser Vorrichtungen zu ziehen (s. oben Boerhave u. a.).

Bis zum gewissen Grade können wir die Methode Chrobaks (1881) als Kompression auffassen. Durch den konstanten Zug am Uterus, welcher nach Chrobak für die Zeitdauer von $\frac{1}{2}$ bis 10 Stunden andauern soll, wird bei Gewichtsgrößen von 1—1,5 kg zweifellos eine erhebliche Kompression auf eventuelle Exsudatrechte in den Ligamenten ausgeübt. Wirkt doch schon die „unterbrochene Zugmassage“ Sängers (1889) oft vortrefflich in dem angedeuteten Sinne. Man darf wohl als gewissenhafter Chronist Publikationen, wie die von Bloch u. a., welche den Muskeltonus und die Elastizität der Ligamente des Uterus durch gewaltsame Herabziehung des Uterus erzielten, als Vorläufer Chrobaks und Sängers bezeichnen (s. Literaturverz.).

Sehr beachtenswert ist die Methode der direkten Kompression von der Vagina aus, wie sie zuerst Bozeman mit Erfolg in die Gynäkologie einführte (1882). Aber zuvor muss ein Autor erwähnt werden, welcher trotz seiner rationellen Vorschläge völlig unbeachtet geblieben zu sein scheint. Küchenmeister (1869) machte bereits vom Kolpeurynter zur intravaginalen Kompression und zur Aufrichtung des retroflektierten Uterus Gebrauch. Er richtete eine seit langer Zeit bestehende inkarzerierte Retroversio auf, indem er den stark gefüllten Kolpeurynter bei zweimaligem Anlegen zwei Tage lang liegen liess. Die Reposition war so vollständig, dass ein einfaches Hebelpessar für die Folge ausreichte. Er empfiehlt den Kolpeurynter auch bereits als Kompressionsmittel, wenn der Uterus durch Exsudatmassen mit Nachbarorganen verwachsen ist. Küchenmeister führt drei Fälle an, welche zeigen, dass durch fortgesetzten Gebrauch des Kolpeurynters wenigstens symptomatische Heilung, Aufhören der Beschwerden bei Exsudatresten zu erzwingen ist. Schliesslich empfiehlt er den Kolpeurynter bei Anteversionen und gleichzeitiger entzündlicher Schwellung des Uterus. — Man sieht: — „Alles Gescheite ist schon einmal gedacht worden“ (Goethe).

Bozeman empfahl als Erster mit Erfolg die intravaginale Kompression. Sie fand in Amerika und dann auch in Deutschland durch Hegar weite Verbreitung. Auch Verfasser erhielt durch Hegar die erste Anregung zur Erprobung der Methode („Columning“, 1882). Hegar schrieb (1886, 3. Aufl. der operat. Gynäkologie): „Wichtig und des Versuches sehr wert erscheint uns die Bozémansche Methode der Tamponade bei älterer Perimetritis und Parametritis, Schrumpfung der Ligamente und dadurch bedingten Lagefehlern und Flexionen des Uterus. Auch beobachteten wir ganz gute Erfolge da, wo einfache Exsudatreste vorhanden und die Mobilität des Organs beschränkt war, ohne dass solche Anomalien der Lage und Form gleichzeitig existierten, wofür Bozeman eigentlich sein Verfahren empfohlen hat. Der günstige Erfolg beruht wohl teilweise auf der Kompression, teilweise auf der allmählichen Dehnung, durch welche die Beckenorgane wieder beweglich werden. Auch die Verbesserung der Lage und Form kommt in Betracht. Besonders lobt Bozeman seine Methode auch bei dislozierten und selbst dabei verwachsenen Eierstöcken.“

Aber alles unter der Sonne entwickelt sich historisch. Auch Bozeman hatte Vorläufer. Die von Capeman (1874) und Martin (1874) empfohlene Wergtamponade bei Uterusprolaps gehört cum grano salis hierher. Man vergleiche auch dazu die Methoden der „Alten“ (s. oben). Hierher muss man auch die von Leisrink (1882) empfohlene Tamponade der Vagina mit Torfmoosschläuchen rechnen, zumal der Autor durch grössere oder geringere Anfüllung eine Kompression zu erzielen beabsichtigt. Bozeman beschrieb seine Methode im Jahre 1882. Er stopfte die Vagina mit kleinen, stark ausgedrückten Glycerintampons (Fornix und rings um die Portio; zur Immobilisierung), mit kleinen sterilisierten Wollballen und antiseptisch behandelter Karbolwatte (nicht permeabel) aus, derart, dass die ersten „Columnings“ weniger fest gemacht wurden als die folgenden. Charakteristisch für seine Methode ist die bei der Behandlung zur Anwendung kommende Knieellenbogenlage. Die Tamponade wird alle 2—3 Tage erneuert und mehrere Wochen konsequent fortgesetzt. Bozeman hob dadurch den Uterus und seine Anhänge, immobilisierte ihn, verlangsamte die arterielle Blutzufuhr durch Wanddruck, verringerte die passive Hyperämie, indem er gleichzeitig die Resorptionsfähigkeit der Organe des Beckens steigerte

und wirkte symptomatisch auf die Begleiterscheinungen der Entzündungen. Pozzi gibt in seinem weitbekannten Lehrbuch eine vorzügliche Beschreibung der Methode. Er erwähnt auch, dass Pallen die Vagina zu demselben Zweck mit Tonerde ausfüllte. (Siehe oben Strato!)

Von Bozeman stammen auch die zur vaginalen Kompression dienenden Dehnzylinder resp. Dehnkugeln. Diese wurden Prochownick vorbildlich für die Konstruktion der von ihm zur gleichmässigen und andauernden „passiven Massage“ empfohlenen Kugeln und Zylinder (beschrieben 1890). Das Breiskysche Eipessar (1884) ist als Kompressor kaum zu verwerten. Es wirkt günstigenfalls auf der Vaginalwand direkt anliegende Exsudatmassen und erweichend auf eine indurierte, hypertrophische Portio vaginalis.

Waugh (1888) vermochte in zwei Fällen von Beckenexsudat, welches den ganzen Beckenraum ausfüllte und das Rektum im Paraproktium fest umgab, durch Einlegen von Hartgummibougies ins Rektum eine wesentlich schnellere Resorption zu erzielen. Die grosse Masse des brethart infiltrierten Zellgewebes übte einen erheblichen Gegendruck auf die Bougies aus. Die Resorption begann immer zuerst an der Stelle, welche vom Bougie direkt gedrückt wurde. Der Erfolg wäre wohl noch schneller eingetreten, hätte der Autor gleichzeitig eine Kompression von den Bauchdecken aus angewendet. Wernitz (1889) hat zu diesem Zweck starke Gummibinden empfohlen.

Der Erste, welcher dann die Kompression von aussen und die intravaginale Kompression gleichzeitig in der Praxis anwandte, resp. bezügliche Beobachtungen veröffentlichte, war Auvard (1892). Er teilt zwei charakteristische Beobachtungen von „Salpingo-ovariitis“ mit. Gerade diese wichtige Gruppe jener Affektionen, welche wir gemeinhin „Adnexerkrankungen“ nennen, ist ungemein langwierig und schmerzhaft. In der Mehrzahl der Fälle werden dieselben chronisch, wenigstens gilt dies für die Beobachtungen in der Privatpraxis. Auvard gibt an, dass er durch intermittierende Kompression der Ovarien, resp. der um dieselben sich bildenden Exsudationen, beachtenswerte Heilwirkungen erzielt hat. Er veröffentlicht allerdings nur zwei bezügliche Beobachtungen und ist so vorsichtig, keine weiteren Schlüsse zu ziehen, trotzdem die Fälle ausserordentlich überzeugend sind. Er will nur zur Anwendung der Methode anregen.

In dem ersten Falle handelt es sich um eine 26jährige Mehrgebärende, welche im Anschluss an eine normale Entbindung an Salpingo-ovariitis erkrankte. Im Ligamentum lat. dextr. ein hühnereigrosser, sehr empfindlicher Tumor; auch links empfindlich. Auvard schlug nach vergeblicher Anwendung verschiedener Mittel die Laparotomie vor. Wegen Furcht vor der Operation wurde intermittierende Kompression angewandt. Die Kompression wurde mittelst eines Schrotsackes, welcher auf die Regio hypogastrica gelegt wurde, in der Weise ausgeführt, dass gleichzeitig zum Gegendruck ein Garielsches Luftpessar (Luftkolpeurynter mit Hahn) in die Vagina eingeführt wurde. Das Gewicht des Sackes stieg von 750 bis 1500 g. Die Kompression wurde morgens und abends 2—3 Stunden lang angewendet, wurde gut vertragen, verursachte jedoch schliesslich ziemliche Schmerzen. Neben der Kompression wurden heisse Vaginalduschen und kalte Bäder gebraucht. Am Tage nach der ersten Anwendung war bereits eine deutliche Besserung nachweisbar; die rechte Regio ovarica, der Hauptsitz der Affektion, war weniger schmerzhaft als anfangs; links hatten sich die Schmerzen etwas vermehrt, so dass man auch hier einen Schrotsack gebrauchen musste. In den nächsten Tagen schritt die Genesung sichtlich vorwärts, so dass 10 Tage nach Beginn der Behandlung bereits vollkommener Schwund der diffusen Anschwellung im rechten Ligamentum latum nachweisbar war. Man fühlte bei der Untersuchung, dass das leichtempfindliche, rechte Ovarium nur wenig grösser als im normalen Zustand, dass links jede Empfindlichkeit geschwunden war. Die Heilung blieb von Dauer. Drei Wochen nach Beendigung der Behandlung war der Befund gut.

Der zweite Fall betrifft eine 30jährige Mehrgebärende, welche zwei Jahre vorher nach einer intrauterinen Behandlung eine rechtsseitige Salpingo-ovariitis akquiriert hatte, welche chronisch wurde und jeglicher Therapie trotzte, so dass die Laparotomie unvermeidlich schien. Versuchsweise wurde die intermittierende Kompression angewendet:

Täglich 1—1½ Stunden lang wurde ein 1000 g schwerer Schrotsack auf die rechte Regio ovarica gelegt, während gleichzeitig das Garielsche Luftpessar in die Vagina eingeführt wurde. 14 Tage später (5 Tage Pause wegen einer Leberkolik) war das vorher sehr schmerzhaft rechte Ligamentum latum gänzlich schmerzlos. An dem Ende der Tube fand man das Ovarium fast doppelt so gross als normal, die Schmerzen im Bauch waren verschwunden.

Diese beiden Krankengeschichten wurden absichtlich an dieser Stelle mitgeteilt, weil sie hinsichtlich unserer Frage einen hohen historischen Wert haben, wenn auch die Tatsache festgestellt werden muss, dass dieselben bedauerlicherweise wenig bekannt geworden sind, resp. beachtet wurden. Wenn auch jeder der beiden Faktoren in der Therapie bereits bekannt war (s. oben), so war doch eine komplementäre Anwendungsweise bis dahin noch nicht publiziert worden. Auvard verwertete nicht die Hochlagerung.

Es seien noch einige Worte über die Entwicklung der eigenen Methode des Verfassers gestattet. Studien über die Möglichkeit, die Hochlagerung und die Kompression für die Behandlung der Para-Perimetritis puerperalis nutzbar zu machen, beschäftigten den Verfasser schon während der Assistentenzeit in Dresden und Danzig. Seinem Chef A begg verdankte er die Erlaubnis, einige Versuche an dem Materiale der Hebammenlehranstalt zu machen. Deshalb wurde auch gerade die erste Publikation über Belastungslagerung als Festschrift zum 50jährigen Doktorjubiläum A beggs ausersehen. Wiederholt wurde dann in den ersten Jahren der Privatpraxis versucht (s. Festschrift, S. 19), und zwar, wie schon gesagt, methodisch-wissenschaftlich eine Entlastung der Unterleibsorgane herbeizuführen und die Resorptionsvorgänge zu beschleunigen. Beachtenswerte Erfolge wurden nicht erzielt. Der Schrotbeutel zur Kompression wurde von uns schon 1884 angewandt. Die Anregung hatte eine Notiz in einem französischen Fachblatte gegeben. Die Publikation Auvards wurde uns durch ein ausführliches Referat in der Allgem. med. Zentral-Zeitung bekannt (1893). Bei der Vorbereitung der Festschrift (Juli 1897) teilte Auvard (e lit.) dem Verfasser mit, dass er weiteres über die Methode nicht veröffentlicht habe. Gleichzeitig hatte Auvard die Liebenswürdigkeit, auf den die Kompression behandelnden Abschnitt in seinem „Traité“ aufmerksam zu machen und gleichzeitig die instruktiven Abbildungen zur Erläuterung der Anwendungsweise der Kompression zu übersenden.

Bereits in der Abhandlung über die Constipatio mulierum muscularis s. traumatica hatte Verfasser wiederholt auf die Vorteile der Hochlagerung und der Kompression hingewiesen. Das Wort: Belastungslagerung wurde absichtlich noch nicht gebraucht; es erschien öffentlich zuerst in der ersten zusammenfassenden Abhandlung über Atmokausis (Zentralbl. f. Gyn., März 1898). Nach eingehenden literarischen Untersuchungen in der Königlichen Bibliothek zu Berlin (1895 und 1896) (s. oben) wurde die Methode im Sommer 1897 zur Publikation vorbereitet. Und dieselbe war bereits in allen Hauptgesichtspunkten ausgearbeitet, als der unter dem Titel „Über Resorptionskuren“ auf der Braunschweiger Naturforscherversammlung gehaltene Vortrag von W. A. Freund, Strassburg, durch das Referat im Zentralblatt (1897, Nr. 40) zur Kenntnis des Verfassers gelangte.

Auf Wunsch des Herrn Kollegen Köstlin wurde die Publikation für die in Aussicht genommene Festschrift für A begg reserviert, welche zum 8. Juni 1898 erscheinen sollte. So kam es, dass die Abhandlung trotz der Druckfertigkeit so spät erschien. Immerhin wurde sie noch vor der Publikation Funks aus der Strassburger Klinik herausgegeben, so dass ihre absolute Selbständigkeit klar vor Augen lag. Funke selbst schreibt (Sonderabdr. S. 283): „Als ich die letzten Zeilen dieses Aufsatzes niederschrieb, erschien im ersten Hefte des 39. Bandes der Zeitschrift für Gynäkologie der Aufsatz des Herrn Pincus etc.“ Mit Recht bemerkt er, dass „durch ein bedauerliches Versehen die Schrotbehandlungsmethode Fehling zugeschrieben worden, ein Versehen, das durch die etwas ungeschickte Setzung des betreffenden Referates im Zentralblatt erklärlich ist.“ Verfasser selbst hatte bereits durch Fehling (e lit.) und Krukenberg (e lit.), den Referenten des Zentralblatts, aufmerksam gemacht eine „Berichtigung“ an die Redaktion der „Zeitschrift“ eingesandt.

Erfreulich waren die Schlusssätze der Strassburger Arbeit (l. c. S. 285): „Im übrigen habe ich die Freude zu konstatieren, dass die Ansichten des Herrn Pincus in vielen Sachen mit den unserigen übereinstimmen. Dass einige Sätze meiner Arbeit fast wörtlich mit den seinigen übereinstimmen, scheint ein Beweis dafür zu sein, dass dieselben richtig sind.“

Nicht Prioritätsansprüche sollen erhoben, sondern nur die absolute Unabhängigkeit soll hier ausdrücklich festgestellt werden. Freund hatte sich, als er den Vortrag hielt, erst 4 Monate mit der Methode beschäftigt und literarische Vorstudien, welche bei therapeutischen Dingen meines Erachtens unerlässlich sind, noch nicht unternommen — wies doch Eberhart in der Diskussion erst auf A u v a r d s Publikation hin —; Verfasser teilte in der „Festschrift“ das Ergebnis praktischer, über ein Jahrzehnt hinausreichender Beobachtungen mit. Die Unabhängigkeit wird auch in der Literatur anerkannt (s. Foges, l. c. S. 1 u. a.).

Der ersten Festschrift folgte der Vortrag auf der Münchener Naturforscherversammlung im September 1899. Hier wurde vor allem auf die diagnostische Bedeutung der Methode hingewiesen. Der Vortrag erschien in erweiterter Gestalt und in gekläarterer Form als Festschrift zum 25 jährigen Stiftungsfest des Ärztlichen Vereins zu Danzig (Dez. 1901). Hier wurden alle die Fortschritte der therapeutischen Methode, welche durch Halban (Klinik Schauta) — Einführung des Quecksilberkolpeurynters zur intravaginalen Belastung (1899) —, durch Funke (Klinik Freund) — Einführung des Doppelkolpeurynters (1900) —, durch Wolff (Klinik Olshausen) — Anerkennung der komplementären Bedeutung der Hochlagerung und Kompression (1900) u. a. berücksichtigt und gewürdigt. Auch wurde hier im Zusammenhang mit den übrigen Faktoren der Methode der vom Verfasser (1901) beschriebene Quecksilberluftkolpeurynter und die gleichzeitig angegebene Kolpeuryntermassage bearbeitet. Diese Festschrift erscheint soeben auf Anregung und Veranlassung des Herausgebers des Brit. Gyn. Journal in englischer Übersetzung.

Und wenn E. Fränkel in den einleitenden Worten zu dem von ihm verfassten Artikel über Belastungslagerung, in den Enzyklopädischen Jahrbüchern 1902, dieselbe als eine typische therapeutische und diagnostische Methode und ihre Begründung durch den Verfasser als eine wissenschaftliche anerkennt, und wenn Schneider (Klinik von Rosthorn, Heidelberg) in einem neuerdings gehaltenen Vortrage (Naturhistorisch-mediz. Verein, Heidelberg, Sitzg. v. 14. Juli 1903) die Methode gleichfalls als eine typische anerkennt und über ihre Erfolge, z. B. bei chronischer Parametritis, schreibt, dass „sie ganz vorzügliches zu leisten imstande ist“, so zeigt das eben wieder nur, dass gesunde Empirie die Grundlage therapeutischen Fortschrittes ist.

„De remediis autem naturalibus, quamvis conscripta sint volumina multa, partim experientia, partim ratione inuentis: longitudo tamen artis finem adhuc non inuenisse videtur.“

Andreas Caesalpinus: *Κατοπτρον*, s. Specul. art. med. Francof., Anno 1605. Cap. III, pag. 5.

Zweiter Abschnitt.

Zur Technik der Methode.

Es soll im folgenden die Methode geschildert werden, wie sie am Krankenbett, im Hause der Patientin, oder in der Ambulanz in Erscheinung tritt.

Es handelt sich bei der Belastungslagerung durchaus nicht um schablonenhafte Vorschriften. Streng individualisierend soll von Fall zu Fall entschieden werden, „was zu lassen ist und was zu tun.“ Und wenn man auch auf Grund der Erfolge in dieser typischen Heilmethode die rationellste

Grundlage für eine erfolgreiche Therapie der chronisch-entzündlichen, speziell exsudativen Vorgänge im Becken des Weibes und deren Folgezustände erkennen muss, so soll man doch bereitwilligst die unterstützende Wirkung vieler der bisher gebrauchten Verfahren — heisse Irrigationen, Moorbäder, Sandbäder, Massage — anerkennen und, soweit irgend möglich, zur Beschleunigung und Erreichung des Enderfolges heranziehen. Das wird im einzelnen im klinischen Teile des Buches dargelegt werden.

Die sich in jedem einzelnen Falle ergebenden therapeutischen Kombinationen bilden die Adjuvantien. Es sollen nur die natürlichen Resorptionskräfte des Körpers mobil gemacht, unterstützt und verstärkt werden, während gleichzeitig durch möglichste Ruhigstellung der kranken Organe der lokalisierte Schmerz und die konsekutive Fluxion verringert wird.

Typisch für die Technik der Methode ist nur die mässige Hochlagerung des Beckens und der unteren Extremitäten — die Mittelhochlagerung (*Planum inclinatum*) und die Kompression in ihrer wechselnden Form; abdominal, intravaginal; intermittierend, kontinuierlich; unmittelbar (durch den in Anwendung gebrachten Druck), mittelbar (durch den Zug der dem Gesetze der Schwere folgenden Organe des Beckens und des Bauches).

1. Zur praktischen Anwendung des Verfahrens bedarf es eines *Planum inclinatum* und der Vorrichtungen zur intravaginalen, resp. von der Bauchdecke her wirkenden Belastung. Es ist selbstverständlich, dass im konkreten Falle Improvisationen oder Abänderungen möglich und auch gestattet sind; aber im allgemeinen muss man sich an die im folgenden zu gebenden Vorschriften halten, welche in langjähriger Praxis und in kritischer Arbeit festgestellt wurden. „Es hat ja jeder Arbeiter das Recht“, sagt Fritsch, „sich sein Handwerkszeug auszusuchen oder zu erfinden.“

Das *Planum inclinatum* erhebt sich niemals bis zur steilen Höhe der typischen Beckenhochlagerung (*Trendelenburg*) und unterscheidet sich weiter von derselben durch ausgestreckte Lagerung der Unterschenkel. Man erreicht die Lagerung im Hause der Patientin auf die einfachste Weise, indem das Fussende des Bettgestells durch untergeschobene Gegenstände (Holzklötze oder Ziegelsteine, alte Bücher u. dgl.) erhöht wird. Man lasse zur Vermeidung unangenehmer Störungen die Rollen an den Bettgestellfüssen entweder durch Keile feststellen oder für die Dauer der Behandlung ganz entfernen. Ein Ziegelstein ist im Durchschnitt 8 cm hoch. Man kann nun bequem mit 1 oder 2 Ziegelsteinen (8—16 cm) beginnen und allmählich — das ergibt sich im konkreten Falle —, bis auf 3 und 4 Ziegelsteine steigern (24—32 cm). Soll die Hochlagerung, z. B. bei chronischer, hochgradiger Anämie, für längere Dauer (Monate) hergerichtet werden, so lässt man zweckmässig nach Erüierung der zulässigen Durchschnittshöhe den „Ziegelbau“ durch einen passenden Holzblock mit Vertiefung für den Bettfuss ersetzen. Will man das immerhin etwas auffällige Hochstellen des Bettgestells verbergen, so kann man die Erhöhung am Fussende auch einfach dadurch erzielen, dass man die Matratze am Fussende erhöht, sei es dauernd, indem man ent-

sprechende Bretter oder Holzklötze unterschiebt, sei es intermittierend, indem man am Fussende starke Ösen anbringt und an diesen mittelst starker Stricke und Rollen, welche am Fussende des Bettgestells angebracht werden, die gewünschte Erhöhung nach Bedarf vornimmt. Man darf jedoch nicht versäumen, in allen diesen Fällen unter dem Kopfende der Matratze von einem Tischler ein Querbrett anbringen zu lassen, damit ein „Durchfall“ unmöglich gemacht wird. Auch das ist dem Leben entnommen.

Der Kopf selbst muss stets etwas erhöht liegen, am besten auf einem Rosshaar- oder Luftkissen. Die Erhöhung muss jedoch bereits am Schultergürtel beginnen, damit keine Abknickung am Halse eintritt, welche den freien Blutrücklauf hemmen würde.

Für die Ambulanz kann man jeden beliebigen Untersuchungstisch verwenden, welcher Vorrichtungen zur Beckenhochlagerung besitzt, man muss nur darauf achten, dass auch die Unterschenkel gestreckt liegen, so dass von den Zehen bis zum Oberkörper eine einfache schiefe Ebene besteht. Auch muss die Lagerung so eingerichtet sein, dass der Oberkörper gegen das Becken nur wenig abgeknickt liegt, so dass ein bequemer und leichter Rückstrom des venösen Blutes und der Lymphe stattfinden kann. Besonders muss man bei den Untersuchungstischen, noch mehr wie beim Bett, auf die oben bereits gegebene Vorschrift achten, dass am Halse keine Abknickung stattfindet. Die unausbleibliche Folge wäre dann Kopfdruck, Kopfschmerz u. dgl. infolge passiver Hyperämie. Man soll also durchaus niemals den Kopf allein erhöhen, sondern das zur Erhöhung dienende Kissen auch unter den Schultergürtel legen. Sehr zweckmässig sind hierzu die überall käuflichen Luft- oder Wasserkissen. Sie empfehlen sich teils wegen der Sauberkeit, teils wegen der geringen Erhitzung durch dieselben, teils auch, weil sie für die Bedürfnisse des konkreten Falles stärker oder geringer aufgeblasen werden können.

Auch wolle man beachten, dass manche Kranken — nervöse Frauen bilden einen starken Prozentsatz der in Frage kommenden Patientinnen! — nur dann ruhig liegen bleiben, wenn auch Ellbogen und Oberarme durch untergeschobene Decken oder Schlummerrollen u. dgl. möglichst ruhig gelagert werden. Dadurch verhindert man sehr einfach die bei den charakterisierten Patientinnen sehr leicht, oft schon nach wenigen Minuten, auftretenden Ermüdungs- und Krampferscheinungen im Bereiche des Schultergürtels. Solche Vorschriften sind in der Privatpraxis durchaus zu beachten. Das ganze Verfahren kann an solchen, anscheinend nebensächlichen Dingen scheitern. Dazu darf man es in der Privatpraxis niemals kommen lassen; man muss sicher und bestimmt auftreten und stets nur Vorschriften geben oder therapeutische Anordnungen treffen, welche ohne Beschwerde befolgt werden können.

Bereits lange Zeit vor Trendelenburg (s. Festschrift für Abegg) improvisierte ich mir die Lagerung auf der schiefen Ebene in der Ambulanz einfach dadurch, dass ich die Patientin auf dem Hegarschen Tisch — ein solcher ist für die Sprechstunde entschieden der beste! — sich so lagern liess,

dass Kopf und Schulter auf der schmalen, ad hoc durch angeschobene Kissen zu verbreiternden Sitzfläche, Rumpf und untere Extremitäten bis zum Knie auf der Rückenfläche ruhten. Hebt man nun die Sitzfläche ein wenig empor, so finden Kopf und Schultern eine bequeme Stütze. Durch Emporheben der Rückenlehne kann man dem Becken jede gewünschte Lage geben, während man die Unterschenkel auf angeschobenen Kissen lagert. Die dazu bestimmten

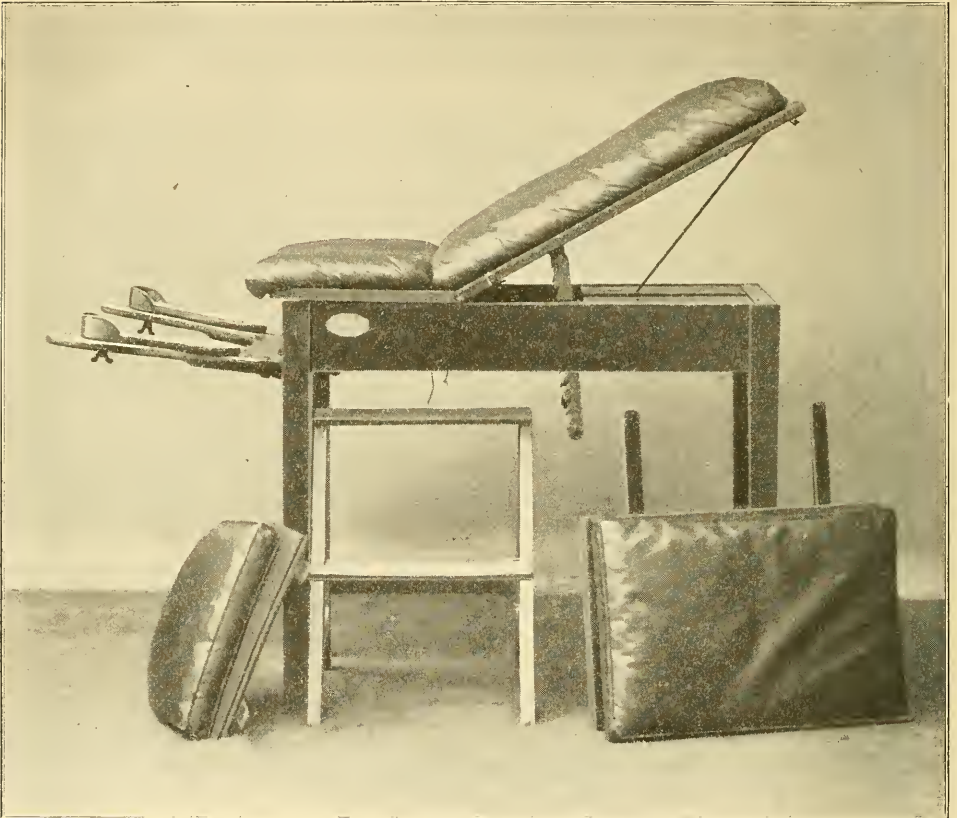


Abbildung 1.

Hegarscher Tisch mit den Ersatzteilen zur Belastungslagerung.

Vorrichtungen sind sehr einfach und aus der nebenstehenden Abbildung ohne weiteres verständlich (Abbildung 1). Um der Rückenlehne bei der grossen Last einen sicheren Halt zu geben, kann man sich, wie es Verfasser getan, eine dritte feste Stütze anbringen lassen (Abbildung 2). Die Patientin liegt auf solchem modifizierten Hegarschen Tisch ausgezeichnet (Abbildung 3). Will man in dieser Lagerung behandeln oder untersuchen, so wird der Tisch vielleicht noch bequemer, wenn man ein Mittelstück herausnimmt. Beuttner hat für die Zwecke der Belastungslagerung einen anscheinend sehr zweckmässigen Tisch

konstruiert und dem Verfasser die Zeichnungen zu übersenden die Güte gehabt. (Hausmann, St. Gallen): „Es kommt dem Tisch noch eine eigene, spezielle Funktion bei der Beckenhochlagerung mit Belastungslagerung vermittelt Quecksilberluftkolpeurynter zu“. Eigene Erfahrungen mit demselben vermag Verfasser jedoch noch nicht zu berichten.



Abbildung 2.

Hegarscher Tisch zur Belastungslagerung hergerichtet (Planum inclinatum).

Für klinische Zwecke und zur intermittierenden Anwendung empfiehlt sich die Verwendung von in Eisenrahmen ruhenden Hängematten (Abbildung 4), welche aus festem Drillich in der Breite und Länge des Bettgestells angefertigt werden, und welche, am Fussende des Bettes über Rollen laufend, in jeder beliebigen Höhe festgestellt werden können (Hahn u. Löchel, Danzig).

Schauta und Olshausen liessen das Fussende des Bettes einfach auf einen untergeschobenen Stuhl stellen. Fritsch (Lehrbuch, 9. Aufl., S. 470) wurde ebenfalls ohne besondere Vorrichtungen fertig und liess die Kranke mit dem Becken ca. 10—15 cm höher als mit der Brust liegen, „eine Lage, die gut vertragen wird.“

Für gewöhnlich, d. h. bei ausgesprochen chronischen Affektionen, genügen Erhebungen des Fussendes um 20—35 cm. Die für unsere Zwecke zulässige höchste Erhebung beträgt nach zahlreichen, sorgfältig angestellten Beobachtungen 40 cm. Höhere Erhebungen werden selbst von wenig empfindlichen Frauen nicht länger als Bruchteile einer Stunde ertragen. Sie sind — intermittierend angewandt — zuweilen sehr nützlich, im allgemeinen jedoch entbehrlich. Wadenkrämpfe, Kopfdruck sind nicht selten die Folge. Doch gibt es auch hier keine Schablone.

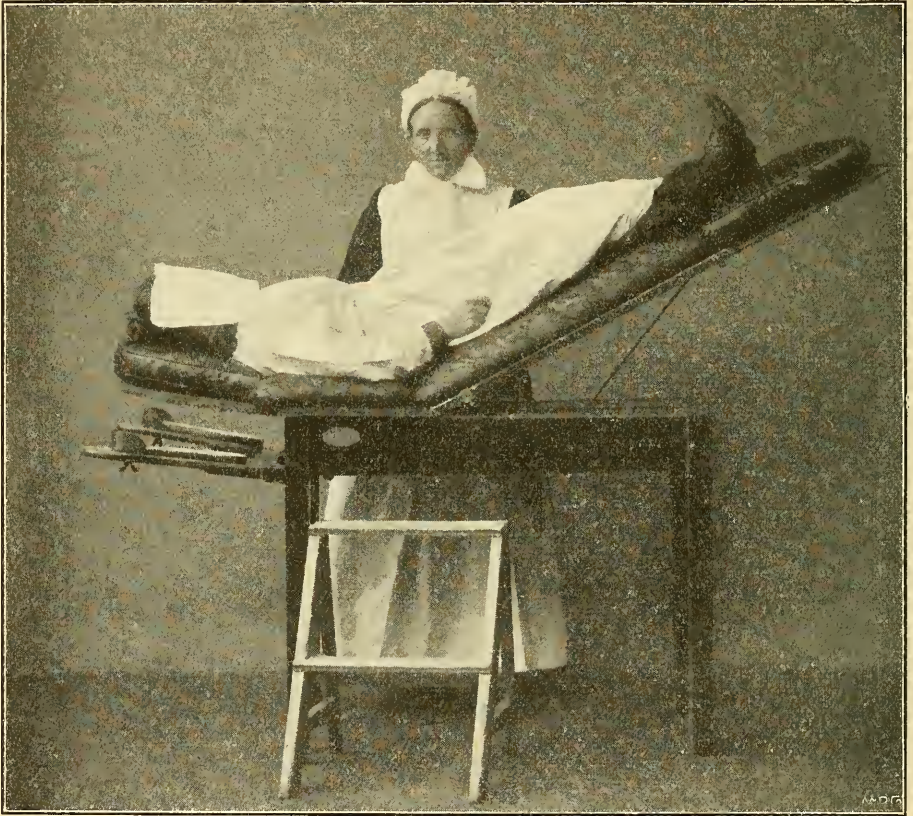


Abbildung 3.
Mittelhochlagerung (Planum inclinatum).

Während der Nachtstunden darf die Erhebung nur bis höchstens 25 cm steigen, damit der Schlaf ungestört bleibt und die Patientin ruhig liegt. Doch wirkt in dieser Hinsicht die Gewöhnung weniger Tage viel.

Bei Frauen, welche an Wadenkrämpfen und Venektasien leiden, lässt man die — täglich zu wechselnden — Binden auch nachts liegen, jedoch muss vor dem Anlegen der Binden das Blut durch Emporheben der Extremität entleert werden. Am meisten zu empfehlen für unsere Zwecke sind die Japaner Pikotbinden. Unbedingt notwendig ist sorgfältige Hautpflege an

den Unterschenkeln solcher Kranken, damit das lästige Hautjucken vermieden wird. Besonders achte man darauf, wenn die Frauen dem Klimakterium nahe sind. Man muss die Extremitäten täglich mit Seifenspiritus abreiben und dann mit geringer Menge Byrolin einfetten. Die Binden müssen, wie schon gesagt, täglich gewechselt und getrocknet werden. Nach 3 bis 4 Nächten sind die Binden zu waschen, aber, zwecks Erhaltung der Porosität und Elastizität, niemals in heissem Wasser und durch Reiben, sondern einfach durch mehrstündiges Einlegen in kaltes Wasser, welchem pro Liter 2 Teelöffel Salmiakgeist zugesetzt werden. Nach dem Herausnehmen werden sie nur ausgedrückt.

2. Der zweite typische Faktor der Belastungslagerung ist die Kompression. Man hat zu unterscheiden: die abdominale, von aussen, von den Bauchdecken aus, und die intravaginale. Beide können permanent, beide intermittierend sein. Ihr Heilwert und die Indikationen u. dgl. werden bei den betreffenden Abschnitten besprochen.

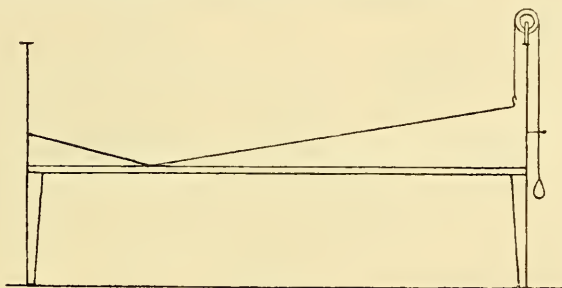


Abbildung 4.

Verstellbarer Bettrahmen zur Belastungslagerung.

Die abdominale Kompression wird erreicht durch Schrotbeutel (im Gewicht von 1—5 Kilo) oder durch feuchten Töpferton (im Gewicht von 2—5 Kilo). Manche Frauen vertragen den feuchten Ton (Pelite) wesentlich besser als den Schrotbeutel. Aus diesem Grunde, und weil der Ton eine relativ grössere Grundfläche belastet, wurden als Mindestgewicht stets 2 Kilo vorgeschrieben. Wahrscheinlich kommt die gleichzeitige günstige Wirkung der Feuchtigkeit, vielleicht auch chemische Reizung der Haut in Betracht. Jedenfalls ist die Schrot- oder Tonanwendung dem Gebrauche von Sandsäcken oder der Belastung mit Steinen (s. Geschichtliches) vorzuziehen. Die Belastung mit Steinbeuteln bewährt sich oft bei der Behandlung der chronischen Konstipation (120). Das Höchstgewicht von 5 Kilo ist selten notwendig.

Für die intravaginale Belastung verwertete Verfasser von jeher vor allen Dingen Schrotbeutel. Es wurden weite Jodoform-Gazebeutel hergestellt, welche ein grösseres Lumen hatten, als die maximal entfaltete Vagina (Fornix). Vermittelst eines kurzen Röhrenspekulum wurde der Beutel leer in die Vagina eingeführt, während die Frau in Hochlagerung sich befand. Blase und Mastdarm mussten stets zuvor entleert werden. Dann wurde Schrot (500—800 g) hineingeschüttet, während der Spiegel langsam herausgezogen

wurde. Der Beutel wurde zugebunden und möglichst tief hineingeschoben, so dass nur der Faden herausging.

Die Schrotkörner konnten dann in der Vagina ohne Widerstand von seiten der Gaze ihre Wirksamkeit entfalten, da die Gazehülle sich bequem überall den Wandungen anlegte und nur dazu dienen sollte, die Entfernung des Schrotes leicht zu ermöglichen. Die Schrotkörner lagen eigentlich fast frei in der Vagina und konnten jederzeit leicht entfernt werden, auch durch die Patientin selbst. Letzteres war sogar die Regel, weil die Belastung, sobald die Möglichkeit der gefahrlosen Durchführung sicher festgestellt war, meistens im Hause der Patientin oder in dem Krankenpensionat eingeleitet wurde. Selbstverständlich wurden unermüdlich peinlich genaue Anordnungen getroffen; vor allem wurde der Patientin oder der Wärterin auf das Sorgfältigste eingeschärft, den Schrotbeutel sofort zu entfernen, sobald durch die Kompression Schmerzen verursacht oder bestehende Schmerzen vergrößert wurden. Stets wurde auf sorgfältige Thermometrie (abends!) gesehen, niemals während der Menses behandelt!

Die Freundsche Methode der intravaginalen Schrotbelastung mittelst eines eigenartigen, an der Basis verbreiterten Kondoms wurde eingehend von Funke (s. d.) beschrieben. Sie bewährte sich jedoch in der Privatpraxis nicht und wurde ausserdem durch die von Schauta (Halban) in die Praxis eingeführte Quecksilberbelastung mittelst eines Kolpeurynters vollkommen verdrängt. Auch die Freundsche Klinik (Funke) erkannte die Überlegenheit der Schautaschen Modifikation an.

Funke schuf insofern eine Verbesserung der Technik, als er zwei Kolpeurynter mittelst eines Zwischenstückes (Glasröhre) miteinander verband. Fritsch zog zu diesem Zwecke den Gummischlauch des Kolpeurynters einfach über den Hals des Quecksilberbehälters.

Es zeigte sich jedoch bei diesen Vorrichtungen ein Moment von grundlegender Bedeutung für die Technik der Methode, welches bisher noch von keinem Autor berücksichtigt oder überhaupt nur erwähnt worden war:

Es ist von erheblicher praktischer Wichtigkeit, dass nicht nur graduell belastet, sondern auch graduell entlastet wird.

Mit diesem Postulat nimmt die empirisch aufgebaute Methode eine streng wissenschaftliche Gestalt an; sie wird sympathischer und befriedigt den wissenschaftlich denkenden Arzt.

Die notwendige Folge dieser Forderung war, dass auch die technische Seite der Methode ein wissenschaftliches Gewand bekommen musste. Es musste eine Vorrichtung gefunden werden, welche es ermöglichen sollte, sowohl bei der Belastung als auch bei der Entlastung stufenweise und zielbewusst vorzugehen.

Dadurch sollten die Erschütterungen, welche sonst unvermeidbar erscheinen, und welche wohl geeignet sind, Verschlimmerungen im objektiven und subjektiven Befinden der Patientinnen herbeizuführen, unmöglich oder doch auf das mindeste Mass eingeengt werden.

Dem nicht zweifelhaft ist es, dass sowohl durch die Belastung eine

vermehrte und beschleunigte Resorption von Eiter usw. erfolgt, sondern dass auch durch die reaktive Fluxion nach ruckweiser und plötzlicher Entlastung eine abnorme „Ansaugung“ von Entzündungserregern u. dgl. bewirkt wird.

Beides ist theoretisch verständlich, beides durch praktische Beobachtung bestätigt. Es war wiederholt möglich, durch graduelle Entlastung die Belastungslagerung mit glücklichem Erfolge durchzuführen, während sie unmöglich und negativ schien, als nach früherem Vorgange nach der Belastung sofort ohne Rücksicht auf die unvermeidliche und in mancher Hinsicht sogar auch erwünschte Reaktion die Entlastung vorgenommen und die Patientin

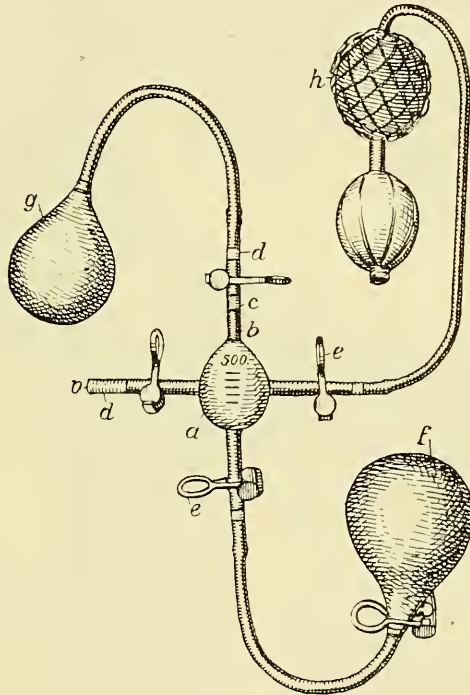


Abbildung 5.

Belastungskolpeurynter (Quecksilberluftkolpeurynter).

nach jeweiliger Anwendung der Methode in der Ambulanz ohne jedwede Sicherung nach Hause entlassen wurde. Die reaktive Fluxion ist sicherlich sehr erwünscht, sie soll selbstverständlich möglichst ausgenutzt werden, sie darf jedoch der ärztlichen Kritik sich nicht ganz entziehen. Nur so wird die bewusst erstrebte, gefährlose, ambulante Behandlung chronisch-exsudativer Beckenaffektionen sicherer ermöglicht.

Diesem ohne weiteres anzuerkennenden Bedürfnis der Praxis und den durch dasselbe gestellten Anforderungen der Technik hofft Verfasser auf einfache Weise durch die Konstruktion des Quecksilberluftkolpeurynters oder besser **Belastungskolpeurynters** (zu beziehen von Hahn u. Löchel, Danzig) (Abbildung 5) gerecht worden zu sein.

Die mit einer Graduierung von 100—500 (entsprechend 100—500 g Quecksilber) versehene Hohlkugel von Glas (a) ist zur vorübergehenden Aufnahme von Quecksilber bestimmt. Sie ist mit 4 je 2 cm langen hohlen Fortsätzen (b) versehen — bei der Graduierung berücksichtigt! —, an welche je ein kurzes Gummirohr (c) angeschoben wird. Letztere sind wiederum mit einem kurzen (4 cm) hohlen Glasröhrchen (d) mit Randbiegung verbunden, an welches, nachdem der freibleibende Teil des kurzen Gummirohres (c) je mit einer federnden, feststellbaren Klemme (e) versehen worden ist, die Kolpeurynter (f u. g)



Abbildung 6.

Graduelle Belastung in Mittelhochlagerung (Quecksilberluftkolpeurynter).

und das Gebläse (h) angeschoben werden. Am 4. Fortsatz, gegenüber dem Gebläse, mündet das Glasrohr (d) frei aus; es funktioniert als Ventil (v). Eine fünfte Klemme befindet sich am zuführenden Schlauche des Kolpeurynters f, welcher zur Aufnahme des zur Belastung notwendigen Quecksilbers im Gewicht von 1000—1500 g bestimmt ist.

Zwecks Einleitung der intravaginalen Belastung, welche möglichst nach Entleerung von Blase und Mastdarm vorgenommen werden soll und stets auf dem Planum inclinatum erfolgen muss (Abbildung 6), während die Frau mit angezogenen Schenkeln liegt, wird zunächst das Luftventil (v) vorübergehend geöffnet, gleichzeitig die Luft aus dem Kolpeurynter g entfernt. Dann wird letzterer mittelst eines kurzen Röhrenspiegels oder einer Kolpeurynterzange in die stets zuvor sorgfältig desinfizierte Vagina möglichst hoch hinauf-

geführt. Es werden jetzt alle Klemmen geschlossen bis auf die zu f führenden. Von f aus wird der Glasbehälter mit einer beliebigen Menge (bis 500 g) Quecksilber gefüllt. Dann wird diese abgemessene Menge in den Kolpeurynter g entleert, nachdem zuvor die betreffenden Klemmen gelöst waren. Man kann nun beliebig schnell oder langsam — das letztere ist stets vorzuziehen! — die Füllung des Kolpeurynters g mit 800—1000—1200 g und mehr (selten nötig) Quecksilber vornehmen.

Soll die Entleerung vorgenommen werden, so geschieht es wiederum graduell. Um jedoch die Patientin nicht sofort „bedingungslos“ der Einwirkung der reaktiven Entlastungsfluxion auszusetzen, muss man nach der Entleerung des Quecksilbers, oder auch nach erst teilweiser Entleerung desselben, den Kolpeurynter g von h aus, nach Öffnung der zu h gehörigen Klemme (e) mit Luft aufblasen. Eine Belästigung für die Frauen ist dabei absolut ausgeschlossen. Ist man noch wenig geübt in dem Verfahren, so ist es jedoch empfehlenswert, das Aufblasen durch einen in die Vagina eingeführten Finger zu kontrollieren, weil, wie bei jedem Wasserkolpeurynter, so auch hier, durch zu starkes und vor allem durch zu überhastetes Aufblasen Vaginalrisse entstehen können.

Hat man den Finger eingeführt, so ist jede Gefahr ausgeschlossen, solange man den Grundsatz beherzigt, dass ein Pessar als zu gross angesehen werden muss, wenn der untersuchende Finger nicht mehr bequem zwischen Pessar und Vaginalwand Platz findet. Macht der gefüllte Kolpeurynter Beschwerden oder gar Schmerzen, so braucht man nur ein wenig das Luftventil v zu öffnen. Solche Beschwerden treten leicht auf, wenn man versäumt hat, zuvor die Blase zu entleeren. Dabei wolle man jedoch beachten, dass die Frauen bald lernen, auch bei stark gefülltem Kolpeurynter spontan Wasser zu lassen. Auf keinen Fall darf der Kolpeurynter zur Anwendung des Katheters zwingen! Überhaupt ist es vorteilhafter, nur mässig aufzublasen, da ja die reaktive Fluxion an sich erwünscht ist. Nur dem Extremen und dem Plötzlichen in der Fluxion soll vorbeugend begegnet werden.

Man kann nun — dies ist ein Moment von fundamentaler Bedeutung für die ambulante Behandlung exsudativer Beckenaffektionen (s. diese) —, nachdem der Kolpeurynter g durch die Klemme e verschlossen worden, denselben von der Kugel a ablösen, nach oben zu an einem Kleidungsstück befestigen und die Frau nach Hause entlassen. Man versäume nicht, in jedem einzelnen Falle die Vorsichtsmassregel einzuschärfen, sofort, falls Schmerzen auftreten, die Klemme ein wenig zu lockern. Dazu legt sich die Frau am besten aufs *Planum inclinatum*, weil sonst der Druck von oben zu stark ist und die Luft zu schnell und zu vollständig entweicht.

In allen diesen Fällen ist es zweckmässig, auch das Abdomen durch elastische Binden möglichst ruhig zu stellen und dadurch schon die Beckenorgane vom intraabdominalen Druck zu entlasten. Auch empfiehlt es sich in der Privatpraxis, dass jede Frau ihren eigenen Kolpeurynter (auf Verordnung) erhält, weil manche Frauen — mit Recht! — „empfindlich“ sind, wenn sie sich zu Hause überlegen, dass schon andere Frauen „dasselbe Instrument“ (!) mit sich herumgetragen haben. Die an dem Apparat angebrachten Kolpeurynter sind die an Grösse und Widerstandskraft zweckmässigsten, auch entspricht das Gebläse gerade dem Bedürfnis. Das Ganze wird genau nach den Anweisungen des Verfassers zusammengestellt.

Manche Frauen tragen den mässig aufgeblähten Kolpeurynter bis zum nächsten Tage, bis die Wiederholung der Quecksilberbelastung erfolgt. Dann braucht man ihn gar nicht zu entfernen. Bei manchen muss er nach einigen Stunden zu Hause von der Patientin selbst entfernt werden. Stets ist er dann mit Seife, Bürste, Sublimat zu reinigen und in 2% Lysol oder 1% Sublimat aufzubewahren. Hat der Kolpeurynter in Sublimat gelegen, so muss

er unbedingt mit steriler Sodalösung abgewaschen werden, weil andernfalls bei dazu disponierten Frauen Reizerscheinungen in der Vagina („Brennen“ u. dgl.) auftreten können.

Über die durch den Apparat ermöglichte neue therapeutische Methode der Kolpeuryntermassage wird weiter unten in einem besonderen Abschnitt berichtet.

Durch die Betonung der wissenschaftlichen Seite der Frage hat die Methode zweifellos an Sicherheit in der Anwendung gewonnen, so dass auf weiteste Verbreitung der Belastungslagerung gehofft werden darf.

E. Kehrer (Klinik Fritsch) schreibt: „ . . . neuerdings benutzen wir den Pincusschen Quecksilberluftkolpeurynter. Der Apparat sieht sehr kompliziert aus. Hat man ihn aber mehrfach angewendet, so ist er leicht zu handhaben. Sein Vorteil besteht darin, dass die Belastung besser dosierbar ist als beim einfachen Quecksilberkolpeurynter.“ Allerdings möchte Verfasser hierbei wiederholt darauf hinweisen, dass nicht nur die bessere Dosierbarkeit das Ziel der Konstruktion war, sondern dass die Ermöglichung der ambulanten Behandlung (s. diese) sehr wesentlich mit in Frage kam!

In einer geringen Zahl der Fälle ergaben sich hinsichtlich der intravaginalen Anwendung des Belastungskolpeurynters Schwierigkeiten, welche jedoch durch eine nachstehend beschriebene Modifikation des Kolpeurynters überwunden werden konnten.

Einmal handelt es sich um sehr tief sitzende Exsudate oder um geringe Raumverhältnisse des Vaginalschlauches oder um beides. Dann ragt der untere Pol des Kolpeurynters zu tief in die Vulva herab und verursacht Belästigung. Die tiefstehende Portio vaginalis verdrängt den ganzen Kolpeurynter nach unten.

Diese Schwierigkeiten wurden dadurch überwunden, dass der intravaginale Kolpeurynter eine herzförmige Gestalt bekam (Abbildung 7), mit geringer Einsenkung (a) am Fundus. (Zu beziehen von Hahn und Löchel, Danzig.) Diese Einsenkung wird nun beim Aufblasen des Kolpeurynters nicht etwa abgeflacht, wie man a priori glauben möchte, sondern infolge angeordneter, verschiedenartiger Widerstandsfähigkeit der Wandung erheblich vertieft (a_1), während sich alle übrigen Teile des Kolpeurynters gleichmässig nach allen Seiten ausdehnen. Der aufgeblasene Kolpeurynter hat die Gestalt eines Uterus bicornis mit tiefem, muldenförmigem Einschnitt.

Während also nun der direkte Druck von unten nach oben vermieden wird, resultiert dennoch eine Kraft, welche schematisch in der Richtung des Pfeiles b c wirkt und ausser dem unmittelbaren Seitendruck eine geringe mittelbare Elevation verursacht. Diese letztere wird um so intensiver in Erscheinung treten, je geringer bei fortschreitendem Schwunde des Exsudates der Widerstand wird und je mehr sich dann die Hörner des Kolpeurynters anfüllen können.

Durch diese Neuerung dürfte die Zahl der Fälle, in welchen die Belastungslagerung aus anatomischen oder subjektiven Gründen untunlich oder

unbequem erscheinen mochte, sehr gering, mithin praktisch bedeutungslos werden.

Wer die Belastungslagerung in der Praxis verwerten will, muss ordnungsmässig den Belastungskolpeurynter anwenden. Es sei hier nochmals darauf hingewiesen, dass durch unser Vorgehen nicht etwa dem therapeutisch wichtigen Wechsel zwischen Anämie und Fluxion entgegengearbeitet werden, sondern dass nur den schroffen Extremen vorgebeugt werden soll.

Man sei von vornherein in jedem Falle vorsichtig und beginne nicht mit zu starker Belastung. Mehr wie 1500 g als Maximum wird man schwerlich gebrauchen. Man beginne im allgemeinen mit 500 g und steige dann

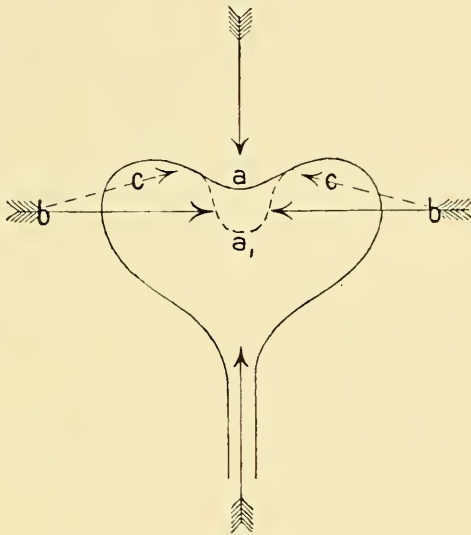


Abbildung 7.

Herzförmiger Belastungskolpeurynter.

allmählich oder schneller, je nach Art des Falles, an. In der Olshausen'schen Klinik waren 1200 g das Maximum (Wolff, l. c. S. 12). Die Dauer der Belastung ist ebenfalls verschieden nach der Individualität des Falles. Im allgemeinen wirkt intermittierende Belastung, täglich 1—2—3 Stunden am günstigsten, besonders, wenn in den Zwischenzeiten der immobilisierende Luftkolpeurynter eingelegt wird. Früher brauchte Verfasser für diese Zwecke das Garielsche Luftpessar (s. Festschrift für Abegg), jetzt nur noch den Belastungskolpeurynter. Bei manchen bettlägerigen Kranken kann man die Belastung mit grösstem Vorteil bis 24 Stunden liegen lassen. Man beginnt zweckmässig zunächst mit der Hochlagerung und dann erst wird belastet. Niemals soll zuerst belastet und dann hochgelagert werden, weil hierbei leicht Druckschmerzen auftreten. Wenn man eine Extremität einwickelt, entfernt man doch auch zunächst die venöse Stase.

Die Kompression, sowohl die abdominale als auch die intravaginale, darf im chronischen Stadium permanent sein, wenn die Kranke schmerz- und fieberfrei bleibt. Sie muss intermittierend sein, wenn Schmerzen oder gar Temperaturerhöhungen (abends messen!) auftreten. Es ist dann grosse Vorsicht und sorgfältige Beobachtung notwendig, damit Exazerbationen vermieden werden. Durch geringfügige Temperaturerhöhung wird die Kompression nicht immer unmöglich gemacht. Schmerz ist bedenklicher. Beides zusammen ist strikte Kontraindikation (s. diese). Bei richtiger Technik kann man auch dann noch manches erreichen. Man muss sich vor allem hüten, abdominal zu komprimieren, ohne dass zuvor die Hochlagerung längere Zeit hindurch angeordnet war. Man kann durch direkte Untersuchungen feststellen, dass dadurch in den herabgedrängten Organen des Bauches und des Beckens Stauungserscheinungen auftreten. Sorgt man dazu für Immobilisierung und Elevation, so liegt meist die Sache viel günstiger.

Der Luftkolpeurynter gewährt im allgemeinen die Möglichkeit, bei Auftreten von Schmerzen, ohne Belästigung für die Kranke, die Kompression zu verringern, zu beseitigen, oder auch neuerdings wiederum zu verstärken. Der Erfolg ist ein guter, trotzdem der Kolpeurynter die Teile nicht vollständig ausfüllt. Er sorgt eben für die völlige Ruhigstellung der Gebärmutter mit ihren Anhängen und erfüllt somit die Vorbedingung zur Resorption. Mit den Mayerschen Gummiringen beabsichtigt man ja vielfach ähnliches. In einzelnen Fällen leisten sie vorübergehend zum Schlusse der Kur, als Ersatz für den fortzulassenden Kolpeurynter, gute Dienste.

Verfasser hat wiederholt versucht, den Kolpeurynter vom Mastdarm aus wirken zu lassen. Aber der Kolpeurynter wird dort schlecht vertragen; wohl, weil die Drüsenlumina durch ihn verlegt werden. Die Patientinnen haben fast stets über andauernde, lästige Empfindungen geklagt.

Manche Frauen vertragen den Kolpeurynter nur, wenn er mit einer sterilen Gazehülle umgeben wird. Andere wieder vertragen die Gummieinlage überhaupt nicht, teils aus subjektiver, teils aus objektiver Idiosynkrasie. Sie klagen weniger über Schmerzen, denn über ungemein lästige Empfindungen, Tenesmus, „Brennen“ u. dgl. Auch kommt es vor, dass sich nach kurzem Gebrauche grössere zusammenhängende, oberflächliche, oder auch tiefergreifende Membranen von der Schleimhaut ablösen, welche die Fortsetzung der Kur unmöglich machen können.

Die subjektiven Beschwerden werden fast stets durch den Gebrauch der vom Verfasser beschriebenen „Staffeltamponade“ gemildert oder beseitigt, so dass die intravaginale Kompression auf letztere Art doch noch ermöglicht wird. Diese Erscheinung dürfte so zu erklären sein, dass bei der Staffeltamponade an den Wandungen der Vagina dem Druck von oben ein wesentlich grösserer Widerstand entgegengesetzt wird, als beim glattwandigen Ballon, dessen unterer Pol ausserdem bei nicht sehr geräumiger Vagina oder bei ungeschicktem Einlegen oft ein wenig in den Introitus hineinragt. Bei

der Staffeltamponade geht die Richtung des Druckes mehr gegen den Beckenboden. Die Staffeltamponade ist wesentlich umständlicher als der Gebrauch des Belastungskolpeurynters, aber immerhin noch leichter zu verwerten und prompter in der Wirkung als die 1886 bis 1888 vom Verfasser zur ambulanten Behandlung chronischer Exsudate benutzten Wachsabgüsse der Fornices, welche mit Krullgaze fixiert wurden (s. Festschrift für A begg, S. 35). Die Modifikation der sogenannten Staffeltamponade wurde von Halban irrtümlicherweise A u v a r d zugeschrieben. A u v a r d hat das Verdienst, die Bozema nsche „Kolumnisation“ als „Erster in Frankreich, ja in Europa“ angewandt zu haben. Er gebraucht das Wort „Scheidentamponade“, aber sagt in einem Briefe an den Verfasser (1. April 1898): „Le vrai nom à mon avis est le Bourrage (= Anfüllung) du vagin“ (s. Nachtrag zur Festschrift, S. 62).

Unsere Modifikation bezweckt einfachere Handhabung und seltenere Anwendung. Nach der bisherigen Methode (Bozema n) muss die Erneuerung alle 2—3 Tage stattfinden; dadurch entsteht eine Belästigung für Arzt und Patientin. Ausserdem tritt nicht selten infolge der Feuchtigkeit eine unangenehme Reizung in der Vagina auf, welche meist zur Ablösung grosser Schleimhautepithelflächen, namentlich in den Fornices und an der Portio führt. Und schliesslich gibt es für eine gebildete Frau nichts Abscheulicheres als therapeutische Manipulationen in der Knieellbogen- resp. Kniebrustlage, welche Bozema n verlangt, zumal die Einführung der Tampons unter Leitung des Auges geschehen soll.

Man kann mit der vom Verfasser empfohlenen Mittelhochlagerung dasselbe erreichen, besonders wenn man ein Röhrenspekulum verwendet. Doch nehme man ausschliesslich kurze, wie sie für die Zwecke der Atmokaussis empfohlen wurden. Ferner kann man es so einrichten, dass die Erneuerung nur alle 4—5—6 Tage stattzufinden braucht.

Das Verfahren der Staffeltamponade ist das folgende: Nachdem die Vagina mit 0,5—1%igem Lysol ausgespült ist, wird ein möglichst weites Röhrenspekulum eingeführt und unter Leitung des Auges das Scheidengewölbe, die Portio, die erreichbaren Teile des Cervikalkanals (mit Playfairschen Sonden, Sä ngerschen Stäbchen) sorgfältig, aber doch schonend mit Lysollösung nochmals abgewaschen. Hat man Sublimatlösung gebraucht, so muss der in der Vagina bleibende Rest unbedingt mit Sodalösung neutralisiert werden. Hierauf wird mit Gazebäuschen, welche mit loser Holzwohle gefüllt sind, ausgeputzt, so zwar, dass man die Bäusche einige Zeit liegen lässt. Dadurch wird die Feuchtigkeit vollständig entfernt, zumal die Aufsaugefähigkeit der Holzwohle bedeutend grösser ist, als die der besten entfetteten Baumwolle. Ausdrücklich sei betont, dass nur steriles Material verwendet werden darf. Nachdem die Wände der Vagina, namentlich die Fornices, mit einer ganz geringen Menge Jodoformpulver bestäubt sind, ist der Vaginalschlauch für die Aufnahme der Staffeltamponade vorbereitet. Nur falls die Wand sehr spröde ist, empfiehlt sich das Einreiben einer ganz geringen Menge von Byrolin oder „Handsalbe für Ärzte“ (Schäfer, Chemnitz). Zeigt sich Idiosynkrasie gegen Jodoform, so nimmt man bei Wiederholungen Airol oder dgl.

Nun lasse man ein wenig das Becken erhöhen und führe unter Leitung des Auges durch das Röhrenspekulum hindurch kleine, fest gewickelte, nicht mehr als fingergliedlange und kleinfingerdicke Tampons aus steriler Holzwohle mit Jodoformgaze- (Airolgaze-) Umhüllung trocken in das Scheidengewölbe, rings um die Cervix, ein. Man braucht je nach

der Weite der Teile 3—6 Stück. Dabei fliesst gewöhnlich ein wenig Sekret aus der Cervix heraus, welches sorgfältig entfernt werden muss. In das Orificium externum wird ein Jodoform- (Ainol-) Pulver gepudert.

Hierauf wird die Kranke bis zu einem Winkel von ca. 45° emporgehoben, so dass sie genau wie bei der typischen Trendelenburgschen Beckenhochlagerung liegt. Und nachdem in dieser Position die im Scheidengewölbe liegenden Tampons nochmals fest angedrückt sind, wobei nicht selten über Schmerz geklagt wird, werden je nach der Weite der Vagina 3—6 Streifen steriler Gaze von je 5 cm Breite in doppelter Lage und je 80 cm Länge, direkt aus der Packung mittelst der sehr praktischen Gazestopfer (zu beziehen von Hahn u. Löchel, Danzig), (Abbildung 8), in die Scheide fest hineingestopft, während gleichzeitig das Spekulum, der fortschreitenden Füllung folgend, ein wenig herausgezogen wird. Hierauf kommt eine Lage von 2—3 Streifen 10%iger Jodoformgaze in derselben Packung (resp. Ainolgaze), dann ein Teelöffel pulverisierte Borsäure und eine weitere Lage von 2—3 Streifen steriler Gaze. Zum Schluss wird der noch vorhandene Raum unter langsamem Hervorziehen des Spekulum mit nicht entfetteter sterilisierter Baumwolle ausgefüllt. Niemals darf die Tamponsäule bis in die Vulva hineinragen! Der Gazestopfer

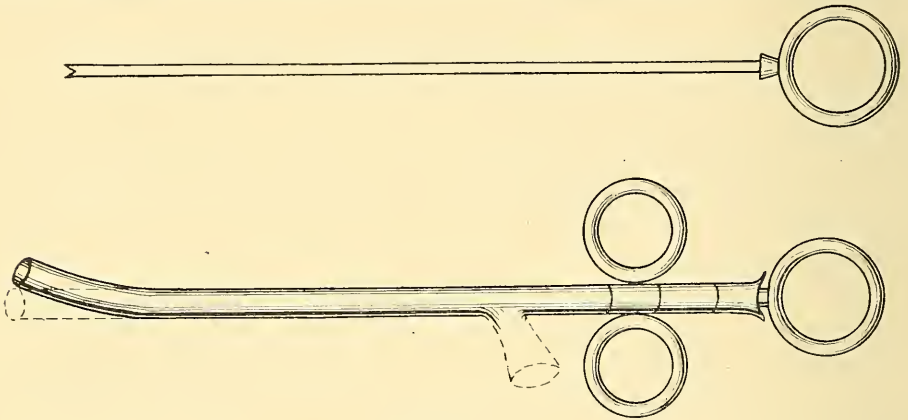


Abbildung 8.

Gazestopfer für Uterus und Vagina.

wird entweder nur mit vorderer und hinterer Öffnung oder auch mit seitlicher unterer Öffnung geliefert, so dass ein Beutel mit steriler Gaze an das Instrument angehängt und die Gaze direkt von unten her in die Röhre hineingeschoben werden kann.

Bei besonders weiter Scheide — es handelt sich hier meist um Mehrgebärende mit Wochenbettresiduen! — und geringer Empfindlichkeit der Patientin gebraucht man zweckmässig an Stelle einzelner Gazelagen eine entsprechende, ca. 2 cm dicke Schicht von Walcherscher Holzwolle, welche sich ganz kompakt zusammenpressen lässt und einen grossen Druck auf die Wände der Scheide und die anliegenden Organe des Beckens bis zum Beckenrande ausüben vermag. Aber die ganze Vagina damit anzufüllen, geht nicht an, weil die Frauen den Druck alsdann nicht vertragen können. Vielfach muss man durch Klysмата für Entleerung des Mastdarmes sorgen, zumal wenn die Frauen, wie gerade die uns beschäftigenden, an muskulärer Verstopfung gelitten haben. Niemals darf der Druck so stark sein, dass Katheterisieren notwendig wird.

Besonderer Wert ist darauf zu legen, dass der Druck im Scheidengewölbe, namentlich in der Umgebung des Frankenhäuserschen Zervikalganglion, ein ziemlich grosser und dabei gleichmässiger ist. Dasselbe liegt auf dem hinteren Teile des Scheidengewölbes, auf der seitlichen Fläche des

Douglasschen Raumes und auf dem vorderen Teile des Mastdarmes; und zwar mit einem Teile zwischen Beckenfaszie und Peritoneum, mit dem anderen Teile in der Faszie selbst. Zu dem Ganglion cervicale ziehen Nerven vom 2.—4. Sakralloch — diese Verbindung ist wichtig! — und von ihm geht der grösste Teil der Uterus- und Genitalnerven aus. Dieser grosse Ganglionzellenkomplex stellt also gewissermassen den Zentralakkumulator für die gesamten weiblichen Generationsorgane dar. Das geht schon aus der ganzen anatomischen Anordnung hervor. Nach zahlreichen klinischen, ad hoc angestellten Versuchen (s. folgenden Abschnitt und klinischen Teil) kann es nicht zweifelhaft sein, dass man von diesem Zentralorgan wie von einer „Kraftstation“ aus ganz besonders günstig auf die Zirkulation, d. h. also auf die Resorption, und die subjektiven Schmerzempfindungen einwirken kann. Diese Angelegenheit ist von Wichtigkeit für die Pathologie der Sympathikusneurosen in der Gynäkologie, ist jedoch noch von keinem Autor erwähnt worden. Hier wird es nur zur Begründung der Technik angeführt.

Ferner lege man besonderen Wert darauf, dass der Abschluss der Staffeltamponade nach aussen hin durch impermeable Baumwolle stattfindet, weil der Druck derselben auf Harnblase und Urethra, resp. Rektum, für die Frauen weniger unangenehm ist, als der Druck der sich zu einer kompakten Masse zusammenpressenden, entfetteten Watte, welche ausserdem viel leichter Überreste von der Harnentleerung ansaugt.

Es gibt Frauen, welche an hochgradiger Dyspareunia und ähnlichen Zuständen (s. klinischen Teil) leiden. Bei solchen muss man zuweilen von den Tampons ganz absehen und ausschliesslich Gaze verwenden. Das muss im konkreten Falle von etwaigen Schmerzen oder auch von den nervösen Begleiterscheinungen dieser Leiden (Erethismus, Erotismus, sexuelle Neurasthenie, Hysterie) abhängig gemacht werden.

Aber gerade bei solchen Frauen bewährt sich die Methode vorzüglich, man muss nur, um die Friktionen in der Umgebung der Harnröhre vermeiden zu können, das vom Verfasser empfohlene Röhrenspekulum und einen technischen „Kunstgriff“ beim Einführen des Spekulum verwerten. Um diesen quälerischen Proteusnaturen von vornherein jedes Missbehagen oder gar „sinnliches Wohlbehagen“ bei den notwendigen Manipulationen zu beseitigen, betupfe man vorher die Umgebung der Harnröhre, überhaupt das ganze Vestibulum vaginae mit einer 2%igen Lösung von Kokain, ohne dass man — das ist wichtig! — die Betreffenden von der Art und dem Zwecke der Flüssigkeit in Kenntnis setzt. Man beachte dies letztere, wohlbegründete, psychische Moment!

Bietet das Einführen des Spekulum bei geringgradigem Vaginismus (Myodynia intrapelvica sexualis, s. unten) Schwierigkeiten, so setzt man die Spitze des Spiegels in dem kokainisierten Introitus so an, dass sie ein wenig den Levatorwulst überragt, drückt sie fest und stetig nach unten in der Richtung zum Mastdarm und Kreuzbein und lässt dann stark husten. Dabei gleitet der Spiegel fast von selbst hinein. Diese Methode bewährt sich

auch sehr bei Virgines. Dann muss der untere Hymenalrand von der Spiegelspitze überragt sein und fest gegen den Darm zu gedrückt werden.

Die ganze Manipulation der Staffeltamponade dauert, wenn man ein wenig eingeübt ist und alles vorbereitet hat, höchstens 5–10 Minuten. Die Vorbereitungen kann man eventuell treffen, bis die Kokainwirkung eintritt. Und die ganze Sache ist beendet, bevor die lokale Anästhesie aufgehört hat.

Sofort nach Beendigung der Tamponade kann die Patientin, falls keine Schmerzen aufgetreten sind, nach Hause entlassen werden. Unbedingt notwendig ist es, wenigstens nach der überhaupt ersten Anwendung, dass die Patientin ca. 24 Stunden auf dem Planum inclinatum liegt. Sind, wie nicht selten, etwas Schmerzen durch und im unmittelbaren Anschluss an die Staffeltamponade aufgetreten — dies kommt namentlich bei perimetritischen, pelio-peritonitischen Prozessen vor —, so bleibt die Patientin am besten noch einige Zeit ruhig sitzen. Die Schmerzen sind wohl zweifellos — zuweilen gelingt bei schlaffen Bauchdecken der direkte Nachweis — ausschliesslich auf reflektorisch angeregte Kontraktionen in den Uteruswandungen und in den Adnexen zurückzuführen. Vorausgesetzt dabei ist natürlich, dass die Kompression nicht zu intensiv gemacht ist.

Nur ausnahmsweise werden die Schmerzen so heftig, dass über wirkliche Koliken geklagt wird. Verfasser hat es 3mal erlebt. Wenn man seiner Diagnose — namentlich betreffs Tubentumoren — sicher ist, lasse man sich nicht einschüchtern, namentlich nicht, wenn es sich um hysterische Patientinnen handelt. Und wenn man seiner Diagnose gewiss ist, und vielfache Übung die richtige Ausführung der Staffeltamponade verbürgt, so hüte man sich davor, übereilt etwas daran zu ändern oder gar die Einlage zu entfernen. Die Kur ist alsdann oft für die Zukunft unmöglich; denn das Femininum nervosum, welches namentlich in den sog. besseren Ständen durchaus berücksichtigt werden muss, nimmt sofort nachdrücklichst Notiz von dem erschütterten Selbstvertrauen des behandelnden Arztes und „will keine Versuche mehr mit sich machen lassen“. Man täuscht sich, wenn man glaubt, die Frauen merken das nicht!

Man mache deshalb die Frauen schon vorher auf etwaige Schmerzen aufmerksam und unterlasse dies auf keinen Fall, wenn die bimanuelle Untersuchung eine ziemlich bedeutende Empfindlichkeit, z. B. auch bei der Berührung der Muskulatur des Beckens, Pyliformis, Obturator usw., verraten hat, von welcher schon oben die Rede war; oder wenn es sich um vergrösserte, am Beckenrande fixierte, schmerzhaft Ovarien handelt.

Die Schmerzen hören bei ruhiger Bettlage, auf dem Planum inclinatum von 20–30 cm Höhe, fast ausnahmslos von selbst auf. Beschleunigen kann man die Schmerzstillung durch temperierte Priessnitzsche Umschläge und vor allem durch Kompression von 2–2,5 kg feuchtem Töpferton oder 1 kg Schrot. Nur einmal im Verlaufe von 20 Jahren habe ich ad hoc 0,02 Morphinum mit 0,001 Atropin subkutan injiziert und zwar vor 6 Jahren bei einer sehr schwierigen Dame, welche vor langen Jahren vom Ehemann gonorrhöisch

infiziert wurde, an ausgedehnten, pelioperitonitischen (Perisalpingitis etc.) Verwachsungen litt und über 20 Jahre in steriler Ehe lebte.

Sind die Tuben nennenswert verdickt oder gar tumorartig ausgedehnt, so ist das Verfahren der Staffeltamponade nur dann erlaubt, wenn keine Schmerzen auftreten. Es empfiehlt sich unter solchen Umständen, vorübergehend zur Probe den Luftkolpeurynter einzulegen, welcher sich ja sofort entfernen lässt, wenn Schmerzen auftreten. Jedenfalls ist es notwendig, die ersten Staffeltamponaden nur mässig fest zu machen. Bei manifesten Tubentumoren empfiehlt sich eine vorauszuschickende Untersuchung in Narkose; doch kann man diese vielfach umgehen, wenn man des Verfassers Grundsätzen folgt, d. h. eine Tubenaffektion als bestehend annimmt, und dementsprechend a priori vorsichtig verfährt, sobald die Tubengegend bimanuell empfindlich ist und in der Anamnese Gründe vorhanden sind (Gonorrhöe; septische puerperale Endometritis), welche eine Tubenaffektion wahrscheinlich machen.

Betreffs der Infektion ist man allerdings in der Hauptsache auf die Aussagen des Ehemannes angewiesen, falls nicht die bakteriologische Untersuchung noch Klarheit schafft. Doch eine viel zu wenig beachtete, namentlich in den sog. besseren Ständen ausserordentlich verbreitete, anamnestisch festzustellende Schädlichkeit ist der Coitus interruptus (reservatus) und die konsekutive, relative Impotenz des Mannes! Bei einzelnen Frauen war dadurch eine solche Reflexempfindlichkeit im Becken (Myodynia intrapelvica sexualis, Verf.) entstanden, dass die Staffeltamponade anfangs grosse Schwierigkeiten bereitete, deren Ursache erst eine sorgfältige Anamnese klarstellte.

Das sind alles sehr wichtige technische Fragen, welche auch in der „Klinik der Belastungslagerung“ sorgfältig berücksichtigt werden müssen.

Man kann die Tamponsäule in vielen Fällen ohne Beschwerden für die Frauen 6—8 Tage liegen lassen, dann entweder sofort oder nach einer Pause von 2—3 Tagen erneuern. Das ergibt sich im konkreten Falle. Es ist abhängig von der Beschaffenheit der Vaginalschleimhaut, auch von den Menses. Deshalb soll man am besten immer erst nach einer Menstruation mit der ersten Staffeltamponade beginnen. Man braucht jedoch die Tamponsäule wegen der Menstruation, wenn dieselbe z. B. zu früh eintritt, nur zu entfernen, wenn Beschwerden vorhanden sind. Hat man aber an der Tamponsäule gerührt, so darf man sie während der Menstruation nicht erneuern, wenigstens nicht in typischer Weise, es sei denn, dass man die Blutung aus therapeutischen Gründen zu unterdrücken beabsichtigt (s. klinischen Teil).

Tritt nach der Staffeltamponade infolge einer grösseren Empfindlichkeit oder Verletzlichkeit der Vaginalschleimhaut, wie es oben beim Kolpeurynter beschrieben wurde, oberflächliche Mazeration ein, lösen sich kleinere oder grössere, zuweilen zusammenhängende Epithelmembranen ab, so muss die Methode intermittierend, d. h. mit mehrtägigen Zwischenpausen, angewandt werden.

Man sieht, es gibt in therapeutischen Dingen keine Schablone. Nur eine Anordnung kehrt bei der Belastungslagerung typisch wieder und bildet das Charakteristikum der Methode: die Belastung (Kompression) in ihrer wechselnden Form und die Lagerung auf dem *Planum inclinatum*. Mit ihrer Darstellung ist die eigentliche Technik der Methode erschöpft. Die Adjuvantien: Massage, heisse Irrigationen, Bäder mannigfachster Art und dergl. mehr bedürfen keiner besonderen Darstellung. Das sind bekannte Dinge. Nur einzelne subjektive Abweichungen vom Herkömmlichen sollen in der weiteren Darstellung am passenden Orte berücksichtigt werden. Dagegen bedürfen eine Reihe direkt komplementärer Faktoren der Belastungslagerung: die methodische Atemgymnastik, die Ernährung und dergl., und die aus diesen gemeinsam resultierenden Heilverfahren einer besonderen Besprechung. Dieser sei der folgende Abschnitt gewidmet!

Dritter Abschnitt.

Die Heilfaktoren der Methode.

1. Die Mittelhochlagerung.

a) Die Lagerung auf der schiefen Ebene (*Planum inclinatum*).

Es ist kein Zufall, wenn die Hochlagerung hier an erster Stelle besprochen wird. Denn die erfolgreiche Kompression ohne Hochlagerung ist in der Mehrzahl der Fälle undenkbar, hingegen die letztere für sich allein als ein wertvolles therapeutisches Moment anzusehen. Das konnte klinisch mit der Sicherheit eines Experimentes bewiesen werden. Überhaupt erstreckten sich die ersten tastenden Versuche des Verfassers auf die Ergründung des Heilwertes der Hochlagerung an sich.

Es ist ganz unverständlich, dass von mehreren Seiten der therapeutische Wert der Hochlagerung bestritten wurde.

Es liegt klar auf der Hand, dass eine solche Lagerung den mächtigsten Einfluss auf die Zirkulation und die Resorption ausübt! Das kann man in klinischen Fällen mit der Sicherheit eines Experimentes beweisen. Allerdings hat ja Auvard einige günstige Fälle unter der Wirkung der Kompression allein beschrieben, aber höchst wahrscheinlich wäre der Verlauf bei Hochlagerung noch günstiger gewesen.

Deshalb sagt auch Wolff (Klinik Olshausen [l. c. S. 36]): „In der Frage der verschiedenen Wichtigkeit der Beckenhochlagerung und Kompression bei der Belastungstherapie möchte ich nach den in der Klinik gemachten Erfahrungen eine Art Mittelstellung zwischen Pincus und Funke einnehmen. In Analogie der Wirkung der Hochlagerung bei den Phlegmonen etc. an den Extremitäten, darf man sicherlich auch der Hochlagerung des Beckens bei

den entzündlichen Zuständen der Beckenorgane einen günstigen Einfluss zu erkennen. Man braucht darin aber nicht soweit zu gehen als Pincus es tut.“ Gewiss! Auch Verfasser hat inzwischen gelernt. Er möchte mit Petrarca sagen: „Ich kenne kein grösseres Vergnügen, als mich zu belehren“.

Aber in der Hauptsache bleiben die begründeten Anschauungen des Verfassers unberührt, zumal sie an die Beobachtungen in der Praxis anknüpfen, an Beobachtungen, welche mit der Theorie durchaus vereinbar sind.

Wir brauchen die Erhöhung des Beckens und der unteren Extremitäten unbedingt zur Beschleunigung des Blutstromes und zur Einwirkung mittelst der Gravitation auf die Lymphbahnen, zumal wir berücksichtigen müssen, dass aus entzündeten Körperteilen nicht nur eine reichlichere, sondern auch an zelligen Elementen reichere Lymphmenge abfließt als aus gesunden. Wir können den Venendruck aus hydrostatischen Gründen am einfachsten und zweckmässigsten durch geeignete Lagerung des Körpers vermindern, wir können durch Hochlagerung der unteren Extremitäten, in welchen bekanntlich der höchste Druck herrscht, so zwar, dass trotz des verhältnismässig und absolut stärksten Wandungsmuskelsystems dort trotzdem am häufigsten Venektasien vorkommen, für das Zurückfliessen der Lymphe geradezu ideale Verhältnisse schaffen, zumal das Zurückfliessen der Lymphe aus den Generationsorganen infolge Mangels von eingeschalteten Lymphdrüsen im kleinen Becken an und für sich sehr bedeutend erleichtert ist. Deshalb kann auch die Kniebrustlage in keiner Weise mit der schiefen Ebene konkurrieren. Denn der Blutstrom aus den unteren Extremitäten und dem Becken wird durch die winklige Abknickung in der Hüfte verzögert. Schon durch mässige Hochlagerung kann man bei langwierigen Krankheiten, welche ruhige Rückenlage bedingen, erfolgreich den durch Stockung in der Zirkulation entstehenden Thrombosen in absoluter Weise vorbeugen. Man wolle diesen Hinweis für die allgemeine Praxis, speziell für das Wochenbett, beachten!

Verfasser benutzte und benutzt jedoch das *Planum inclinatum* selbstverständlich nicht ausschliesslich zur Beschleunigung der Blutzirkulation, wengleich hierauf besonderes Gewicht gelegt wurde, sondern auch sehr wesentlich, teils um die Schrot- oder Quecksilberwirkung in rationeller Weise möglichst ausgiebig zur Geltung zu bringen, teils um die Zugwirkung der Organe beim Emporsinken aus dem Becken zu ermöglichen und auszunutzen. Letzteres ist die „mittelbare“ Belastung, welcher schon in den einleitenden Worten der ersten Festschrift (S. 1) auf Grund der klinischen Beobachtungen und Erfahrungen mit wohlüberlegter Absicht Ausdruck gegeben wurde. Man kann jedoch das Quecksilber nicht beliebig dirigieren. Es weicht immer zunächst dahin aus, wo der geringste Widerstand ihm entgegentritt. Erst wenn ein Ausgleich stattgefunden, wirkt die Schwere direkt ein. Das kann man durch kontrollierende Untersuchungen in vivis mit Leichtigkeit feststellen.

Und wenn das *Planum inclinatum* vom Verfasser in Parallele gestellt wurde mit der Hochlagerung und eventuellen Einwickelung einer Extremität,

wie sie die Chirurgen zur Bekämpfung bereits manifester Lymphangitis, Lymphadenitis mit Erfolg verwerten, so war das hier nur *cum grano salis* zu verstehen. Es sollte doch nur eine Analogie darin gesucht werden. Übrigens bieten sich doch wohl nicht die geringsten Schwierigkeiten, gerade in diesem Falle die Praxis und die Theorie auf das glücklichste und harmonischste zu verbinden. Darauf wurde in dem Münchener Vortrag besonders hingewiesen. Aber es bedarf hier keiner weiteren Begründung. Denn, wer chirurgische Praxis hat oder auf chirurgischen Kliniken tätig war, überhaupt jeder rite ausgebildete Arzt, weiss, dass schon die Hochlagerung an sich, die Hochlagerung gemeinsam mit der Kompression (Binden) in potenziierter Form, ein mächtiges, antiphlogistisches Mittel darstellt. Es wird in der Praxis täglich Gebrauch davon gemacht. Warum sollte das beim Becken anders sein? Auch in der Dissertation von Wolff (l. c.) wird die vom Verfasser herangezogene Analogie mit der hochgelagerten Extremität als zutreffend anerkannt.

Man kann schon bei Erhebungen von 30 cm deutlich durch Exploratio interna nachweisen, dass die Organe aus dem Becken dem Gesetze der Schwere folgend nach oben sinken, oder doch, soweit sie eben mobil sind, sich ein wenig von ihrer Unterlage abheben. Man muss dabei vorsichtig sein und schon vor der Hochlagerung den Finger einführen, damit möglichst keine Luft in die Vagina einströmt und fehlerhafte Untersuchungsergebnisse vermieden werden.

Die Hauptmomente des Planum inclinatum sind also neben der rationalen Verwertung der intravaginalen Belastung: a) die Autotransfusion, eine Folge der veränderten Zirkulationsverhältnisse, b) die Entlastung und Elevation der Beckenorgane, die mittelbare Belastung (Kompression), eine Folge der Schwere der Organe.

Der Wert der Hochlagerung für die gynäkologische Diagnose und Massage wird in einem besonderen Abschnitt dargestellt werden.

ad a) Die Autotransfusion ist eine natürliche Folge der Lagerung auf der schiefen Ebene. Sie wird durch die Kompression noch verstärkt. Man könnte die Autotransfusion bei einfacher Hochlagerung eine passive, die Autotransfusion bei gleichzeitiger Kompression eine aktive nennen. Es ist klar, dass die Analogie der Chirurgie entlehnt ist.

Es wird durch den beschleunigten Rückstrom des Blutes und der Lymphe eine wesentliche, mechanische Aufbesserung der Kreislaufverhältnisse erzielt, ein vermehrter Blutzufuss zur Medulla oblongata und zum Herzen der vielfach anämischen Patientinnen, welche wiederum belebend auf die Blutzirkulation, die vitalen Prozesse überhaupt, einwirkt. Man denke doch nur an die vortreffliche Wirkung der Autotransfusion bei der akuten Anämie frisch entbundener Frauen. Die Kochsalzinfusion allein bessert wohl auf rein mechanische Weise die Kreislaufverhältnisse auf, aber sie ist erst wirklich wirksam in Verbindung mit der Autotransfusion. In schwersten Fällen wird man ohne letztere kaum Dauerndes erreichen. Komplementär, resp. kombiniert, wirken sie lebensrettend. Schon durch die schnellere Beförderung des venösen

Blutes in den Kreislauf wird die arterielle Zirkulation angeregt. Denn das normale Blut ist das beste Reizmittel für das gesunde Endokard. Und selbst das paralytische Herz wird durch das hineingedrängte Blut unmittelbar zur Tätigkeit, mittelbar zur Rhythmik angeregt.

Weiter ist zu beachten: der Schmerz in den Unterleibsorganen wird, abgesehen von komprimierenden oder komprimierten, zerrenden oder gezerzten Adhäsionen, allermeist durch Blutfülle ausgelöst. Ausserdem besteht ein *Circulus vitiosus: ubi stimulus, ibi affluxus*. Mag die Blutfülle nun Folge oder Ursache sein, jedenfalls wird sie zum subjektiven und objektiven Wohle der Patientinnen durch Lagerung auf dem *Planum inclinatum* — von der komplementären Kompression ganz abgesehen — vermindert oder ganz beseitigt. Verfasser hat eine ganze Reihe von Temperaturmessungen mit sehr empfindlichen Thermometern angestellt, aber nur negative Ergebnisse gehabt. Die Verhältnisse bei der Menstruation liegen doch anders. Bei einfacher Kongestion bleibt die Temperatur stets die des arteriellen Blutes überhaupt. Man kann jedoch das Nachlassen der Blutfülle durch digitale Untersuchung (Aufhören des Schwellungszustandes, Aufhören der Pulsation u. dgl.), das Aufhören des Schmerzes einfach klinisch feststellen.

Und noch ein Moment bedarf schliesslich nachdrücklicher Erwähnung: Man kann schon durch mässige Hochlagerung den die Resorption deutlich schädigenden Einfluss schlechter Körperernährung bis zum gewissen Grade paralisieren. Diese Beobachtung ist der eigenen Praxis entnommen und dürfte für die Praxis nicht ohne Interesse sein! Man wird bei allen konsumierenden chronischen Krankheiten mit Vorteil von einer mässigen Hochlagerung, wenn sie auch nur ein mässiges Gefälle sichert, Gebrauch machen müssen!

Dass die Autotransfusion ein sehr wirksames therapeutisches Moment darstellt, dürfte bekannt sein. Man kann ja unter Umständen durch einfache feste Einwickelung einer oder beider unteren Extremitäten bei akuter Anämie das Leben retten. Erhebt man nur die unteren Extremitäten und macht man sie durch Gummibinden noch blutleer, so kommt es zu erheblichem Blutdruck im Becken allein. Dies verhindern wir durch Schräglagerung des ganzen Körpers. Olshausen erwähnt in seinen klinischen Beiträgen die feste Einwickelung der unteren Extremitäten, ohne Hochlagerung, als ätiologisches Moment für den Abortus: „Ich habe diese Beobachtung bei mehreren Kranken gemacht, welche wegen Leiden der unteren Extremitäten in chirurgischer Behandlung waren und bandagiert wurden. Es muss sich hierbei wohl, wie bei der *Retroversio uteri*, um Zirkulationsstörungen an den Uteruswänden handeln, welche zur primären Lösung des Eies führen.“

Schon von den ersten Jahren seiner Praxis an, als zahlreiche Fälle schwerer Geburten zur Beobachtung gelangten, machte Verfasser oft bei irgend erheblichen Graden akuter Anämie Gebrauch von der Autotransfusion, oder doch zunächst wenigstens von der Lagerung auf der schiefen Ebene (Bett erhöht!), besonders wenn augenblickliche Erfolge notwendig waren.

In solchen Fällen kann man ausserdem mechanisch das Blut aus dem Bauch nach oben gegen die Brustorgane hindrängen und eine stärkere Wiedersammlung von Blut im Bauche entweder durch längere Zeit fortgesetzte, manuelle Kompression oder durch auf den Bauch gelegte, schwere Gegenstände verhindern.

v. Nussbaum hat einmal über diesen Gegenstand geschrieben und den Wert der Autotransfusion gegenüber der oft gefährlichen und erfolglosen Transfusion hervorgehoben. Er hat mehrere gute Erfolge erzielt und lobt die Methode sehr. Zur Kompression des Bauches empfiehlt er die Belastung des Unterleibs mit einem Stein.

Ein therapeutisches Agens von der einschneidenden Bedeutung der Autotransfusion bedarf selbstverständlich in der Anwendung ernster Kritik. Man wird stets gut tun erst die mässigen Grade zu erproben, bevor man zu den stärkeren fortschreitet.

b) Die Entlastung und Elevation der Beckenorgane.

Die mittelbare Belastung (Kompression) infolge der Schwere der Organe, ihrer Elevation, bildet den Übergang zur eigentlichen Kompression. Es dürfte jedoch ihre Besprechung an dieser Stelle auch ohne Begründung gerechtfertigt erscheinen. Denn auch sie beruht streng genommen auf dem Prinzip der Hochlagerung. Alle Organe des Bauches drängen, „wandern“ nach oben gegen das Diaphragma zu, und die Organe des Beckens, soweit sie überhaupt noch beweglich sind, heben sich von ihrer Unterlage ab, den Bauchorganen, soweit es möglich ist, folgend. Dadurch entsteht ähnlich dem oben erwähnten Verfahren Chrobak's ein dauernder Zug an den normalen oder pathologischen Verbindungen der Organe untereinander oder mit dem Beckenknochen. Dieser Zug, zusammen mit der objektiv und subjektiv meist sehr günstig wirkenden Elevation an sich, übt auf die Resorption einen günstigen Einfluss aus.

Schliesslich müssen wir bei der Hochlagerung noch ein wichtiges Moment berücksichtigen, welches in der Literatur bisher noch keine Beachtung gefunden:

c) Es wird durch die Hochlagerung die Kompression von aussen überhaupt erst wirklich durchgreifend gestaltet. Denn durch erstere werden die Darmschlingen, welche die bimanuelle Untersuchung der Adnexe jeder Zeit erschweren, ohne unser Zutun fast völlig aus dem Wege geräumt, so dass die von oben tastende Hand sehr viel bequemer durchdringt (s. unten Diagnose).

2. Die Belastung (Kompression) in ihrer wechselnden Form.

Die Belastung, sei sie intravaginal oder abdominal, sei sie intermittierend oder permanent, wirkt fördernd auf die Zirkulationsverhältnisse. Dabei ist natürlich das Moment der Schwere, des Druckes, ganz besonders zu berücksichtigen. Die beiden wirksamen Faktoren sind der Druck und die Anämie,

letztere das Produkt des ersteren. Der Druck wirkt in der Mehrzahl der Fälle durch Konstanz beruhigend und direkt schmerzstillend. Die durch ihn erzwungene Anämie setzt zweifellos die „Lebensenergie“ in den betreffenden Gebieten herab. Man mag sich darunter vorstellen, was man will, die klinische Tatsache dieser Wirkungsweise bleibt sicher von Bestand. Der Druck fördert schon mechanisch die Resorption. Das chronisch indurierte Ödem wird wie ein Schwamm ausgedrückt. Man kann das durch digitale Untersuchung gleich nach der Belastung und durch Wachsabdrücke der Vagina demonstrieren. Die durch den Druck von aussen allein erzielte Stauung in den herabgedrängten Organen des Beckens, wird durch den intravaginalen Gegendruck und namentlich durch die Hochlagerung ausgeglichen. Die intravaginale Belastung erregt die Zirkulation zunächst direkt und dann besonders durch die bei der Entlastung auftretende Fluxion. Es ist der Zweck des Belastungskolpeurynters, diese Fluxion zu „beherrschen“, nicht zu verhindern. Denn diese konsekutive Fluxion ist ein wichtiges therapeutisches Agens. Sie wird nur in ihren Extremen bekämpft, weil sie in ihren Extremen ein zweischneidiges Schwert darstellt. Der Wechsel zwischen Anämie und Fluxion ist von Wichtigkeit. Deshalb bietet die klinische Tatsache, dass kurzdauernde Belastungen oft zum mindesten ebenso wirksam sind als langdauernde, permanente, der theoretischen Erklärung keine Schwierigkeiten.

Zwischen Luftkolpeurynter und Quecksilberkolpeurynter besteht theoretisch und praktisch ein grundsätzlicher Unterschied. Beide ergänzen sich. Dort wo der eine zu wirken aufhört, greift der andere erfolgreich in die Therapie ein. Sie sind komplementäre Faktoren der Belastungslagerung, ebenso wie die Hochlagerung und die Kompression überhaupt. Bei den tief-sitzenden Affektionen, welche den Beckenboden erreichen oder ihm nahe liegen: also im wesentlichen parametritische Exsudate, peliocellulitische Prozesse, Exsudate im Douglas etc., wird von der Vagina aus eine wirkliche Kompression (Quecksilber) ausgeübt, der Druck von aussen ist das Adjuvans. Hierher gehören auch Erkrankungen der Adnexe und der Beckenserosa, bei welchen ein Tiefstand der Organe, seien dieselben fixiert oder nicht, unschwer festzustellen ist.

Bei den Erkrankungen der Adnexe und der Beckenserosa, welche sich annähernd in der Ebene des Beckeneingangs ausdehnen, wirkt intravaginal der Luftkolpeurynter zur Ruhigstellung, Elevierung, um die kranken Organe dem Druck von aussen besser zugänglich zu machen. Der Druck von aussen bildet also — neben dem Planum inclinatum — das wesentliche, therapeutische Agens, der Luftkolpeurynter, der eingeschaltete „Widerstand“ in der Vagina, nur das Adjuvans.

Die Belastungslagerung wird mithin allen Anforderungen der Praxis gerecht. Sie konkurriert weder mit der Schrotbelastung (Freund, Verfasser), noch mit der Quecksilberbelastung (Schauta-Halban), sondern sie beansprucht und ver-

wertet beide Modifikationen als eigene, integrierende Bestandteile von hervorragend komplementärer Bedeutung.

Auch glaubt Verfasser die komplementäre Bedeutung der Hochlagerung und Kompression dargetan zu haben. Ein ausführlicher Beweis wird im klinischen Teil geliefert.

„Man muss wohl annehmen“, schreibt Wolff (Klinik Olshausen), „dass jeder der beiden Faktoren, Hochlagerung und Kompression, allein angewandt, nicht sehr wirksam ist, sondern dass es gerade die glückliche Kombination ist, die die günstigen Resultate schafft.“

Man hat auch darauf hingewiesen, dass die intravaginale Kompression mit der Vagina auch die Bänder des Uterus und alle im kleinen Becken befindlichen Schwarten und Adhäsionen dehnt. Allein die klinische Beobachtung hat gelehrt, dass nur solche Adhäsionen gedehnt oder gelöst werden, welche zwischen Knochen und Organen mit fixem Punkte sich erstrecken. Coe hat schon vor Jahren nachgewiesen, dass man selbst durch stärksten Druck vom hinteren Scheidengewölbe aus die miteinander verlöteten Punkte nicht aneinander drängen kann, dass somit die Kompression von der Scheide aus Adhäsionen nicht zu lösen vermag. Saenger hebt dieses Ergebnis gegenüber Prochownick bei der Frage über die Bedeutung der Dehnkugeln etc. hervor. Jedoch, wie Verfasser schon oben sagte, bleibt die Wirkung der Kompression nur aus, wenn die untereinander verlöteten Organe beweglich sind. Besteht ein *punctum fixum* am Knochen, so tritt eine Dehnung ein. Das kann man klinisch beweisen. Jedenfalls erreicht man durch die Belastungslagerung eine Linderung bestehender Schmerzen in den Überresten der Exsudate, man wirkt schmerzlindernd und lockernd auf am Beckenrande fixierte Ovarien etc., und ausnahmslos werden die reflektorischen Fluxionen zum Uterus geringer, resp. beseitigt. Das ist klinisch sehr wichtig. Wenn somit auch keine anatomische, so wird doch eine symptomatische Heilung erzielt.

Der Zweck ist erreicht, wenn die Funktion der Organe mit dem Wohlbefinden der Trägerin harmoniert. „Gesund sein“ heisst keinen Teil des Körpers vor dem anderen herausfühlen (Virchow).

In vielen Fällen erzwingt die Belastungslagerung eine so vollendete Resorption, dass selbst durch genaue kombinierte Untersuchung nichts Krankhaftes mehr nachweisbar ist.

Der Vergleich zwischen operativ erzielter symptomatischer Heilung und solcher durch unsere Methode birgt ja noch eine Erwägung von fundamentaler Bedeutung. Das ist die klinische Tatsache des Auftretens von Schwangerschaft nach Beseitigung der Adnexkomplikationen, von welchen schon wiederholt in früheren Schriften des Verfassers die Rede war.

In vielen Fällen spielt die Staffeltamponade eine wichtige Rolle, besonders wenn es sich darum handelt, kleine Überreste chronischer Beckenaffektionen auf ambulantem Wege zu beseitigen. Die Heilfaktoren sind im allgemeinen dieselben wie bei der Kolpeurynterbelastung, jedoch wirkt die

Staffeltamponade für die Zwecke der ambulanten Kompression viel energischer ein. Man muss neben der Elevation und Ruhigstellung der Organe, neben der Entlastung gereizter, entzündlich geschwollener Ligamente und Adhäsionen, neben der Herabsetzung oder Beseitigung der reflektorischen, subjektiv so sehr quälenden nervösen Begleiterscheinungen, auch die günstige Beeinflussung der Blutzirkulation im Becken hoch bewerten, zumal durch starke exzentrische Kompression nicht nur die nervöse Stauung, die passive Hyperämie, sondern auch die arterielle Kongestion bedeutend vermindert in Erscheinung tritt. Man kann dadurch noch krankhafte Veränderungen beseitigen, welche allen bisher geübten Verfahren trotzen. Die Erklärung können wir mit Virchow (Zellulärpathologie 4. Aufl. S. 153) folgendermassen geben: „Wenn eine Arterie wirklich in Aktion ist, so macht sie keine Hyperämie, im Gegenteil, je kräftiger sie reagiert, um so mehr bedingt sie Anämie des Teiles, oder wie ich es bezeichnet habe: Ischämie. Die geringere oder grössere Tätigkeit der Arterie bestimmt das Mehr oder Weniger von Blut, welches in der Zeiteinheit in einen gegebenen Teil einströmen kann. Je tätiger das Gefäss, um so geringer die Zufuhr. Haben wir aber eine Reizungshyperämie, d. h. eine vermehrte Zufuhr durch ermüdete und daher passiv erweiterte Arterien, so kommt es therapeutisch gerade darauf an die Gefässe in einen Zustand von Tätigkeit zu versetzen, in welchem sie imstande sind dem andrängenden Blutstrom Widerstand entgegenzusetzen. Das leistet uns der sog. Gegenreiz, ein höherer Reiz an einem bereits gereizten Teile, welcher die erschlaffte Gefässmuskulatur zu dauernder Verengung anregt, dadurch die Blutzufuhr verkleinert und die Regeneration der Störung vorbereitet. Gerade da, wo am meisten die Reaktion, d. h. die regulatorische Tätigkeit in Anspruch genommen wird, da handelt es sich darum jene passive Tätigkeit zu überwinden, welche die (sog. aktive) Hyperämie unterhält.“

So dürfte auch die vermehrte, gesteigerte Atmung des Gewebes, von welcher Verfasser in früheren Schriften sprach, zu erklären sein. Dadurch wird dann die Resorption eingeleitet und verstärkt.

Der direkte Druck bei der intravaginalen Belastung übt jedenfalls die bedeutendste therapeutische Wirkung aus. Man kann die auf diese Weise erzielte Überdehnung der Vaginalwände leicht nachweisen, wenn man sofort nach der Belastung untersucht. Dieser Heilfaktor spielt ja auch eine erhebliche klinische Rolle bei der Dehnung einer zu kurzen vorderen Vaginalwand, wenn letztere als ätiologisches Moment einer hartnäckigen Retroversio-flexio Gegenstand der Behandlung wird. Mit Recht macht Funke (l. c. S. 267) darauf aufmerksam, dass die Wirkung auf den Douglas mit den Retraktoren sich am stärksten äussert, zumal nach den Untersuchungen W. A. Friends die lockere Bindegewebsverbindung mit dem Rektum „eine kulissenartige Verschiebung“ gestattet. Mit der vorderen Vaginalwand werden naturgemäss auch die Ligamenta vesico-uterina gedehnt.

Die direkte Wirkung tritt beim Quëcksilberkolpeurynter natürlich wesentlich mehr hervor als bei der Schrotbelastung. Das konnte Halban experi-

mentell an der Leiche feststellen. Man kann aber wegen des grösseren spezifischen Gewichts viel grössere Gewichtsmengen zur intravaginalen Belastung verwerten.

Halban (l. c. S. 132) führte bei offener Bauchhöhle das Schrotkondom (Freund) und später den Quecksilberkolpeurynter in die Vagina ein. „Es zeigte sich dabei, dass die Wirkung des Quecksilberkolpeurynters entschieden eine bedeutendere Intensität hatte, indem die Scheidengewölbe vollkommener ausgegossen und praller gespannt waren und der Uterus kräftiger eleviert war als bei der Anwendung des Schrotkondoms. Dies beruhte offenbar einerseits auf dem grösseren Gewichte, da der Kolpeurynter mit 1000 g Quecksilber gefüllt war, während in ein Kondom nur 600 g Schrot zu bringen waren, und andererseits wahrscheinlich auch darauf, dass sich das Quecksilber noch besser den Formen der Vagina anschmiegt als das Schrot“.

Bei der intravaginalen Belastung kommt auch noch ein Moment in Frage, welches wohl beachtet werden muss: die mechanische Erregung des Uterus. Ob diese durch Reizung des Ganglion cervicale oder durch direkte Reizung zu stande kommt, ist eine Frage zweiten Ranges. Es ist nicht unmöglich, dass durch ein forziertes, zu schnelles Vorgehen infolge der eintretenden Uteruskontraktionen nicht nur Schmerzen ausgelöst, sondern auch Exazerbationen verursacht werden können, welche die Verwertung des Verfahrens im konkreten Falle unmöglich machen können. Man muss dies wissen und beachten. Aber selbstverständlich soll man sich bei vorausgeschickter sorgfältiger Untersuchung, und wenn man sich auf seine Diagnose verlassen kann, nicht durch jeden konsekutiven oder begleitenden Schmerz zur Unterbrechung der Behandlung verleiten lassen. Das hiesse das Kind mit dem Bade ausschütten. In allen solchen Fällen soll man, solange man noch nicht mit dem Verfahren ganz vertraut ist, zunächst unterbrechen und die nächste Menstruation abwarten. Tritt bei dieser Schmerz, Schwellung in den kranken Teilen, oder gar Fieber ein, so sei man sehr vorsichtig und versuche lieber vor Anwendung der Belastung alle sonstigen Methoden, besonders heisses Wasser zur Irrigation, wenn dann der Erfolg auch langsamer eintritt. Davon soll im klinischen Teil ausführlich die Rede sein.

Die vereinzelt zu machende Beobachtung, dass die Menstruation bei oder infolge der Belastung früher als gewöhnlich sich einstellt, dürfte wohl im allgemeinen auf die veränderten Zirkulationsverhältnisse im Becken zurückzuführen sein. Wahrscheinlich handelt es sich um Stauungserscheinungen, zumal in unseren Fällen mit verfrühter Menstruation auch hartnäckige Konstipation zur Beobachtung gelangte. Die zuweilen am Kolpeurynter nach der Herausnahme sich zeigenden geringen oder stärkeren Blutspuren sind meistens auf oberflächliche Ulzeration in der Vaginalwand, speziell an der Portio vaginalis zurückzuführen. Diese haben entweder schon vor der ersten Einführung des Kolpeurynters bestanden und sind unbeachtet geblieben, oder aber sie sind durch den Druck, die Verhinderung der Transsudation durch zu unmittelbares Anliegen des Gummi an der Schleimhaut entstanden. Man beugt dem am

besten vor, indem man den Kolpeurynter mit Jodoformgaze umhüllt. Aber auch dann kommt dergleichen vor. Es ist bedeutungslos, aber man muss es wissen, da zuweilen auch nach Entlassung der Patientin noch geringe Blutungen vor der Vulva zum Vorschein kommen und die Patientin unnötig beunruhigen. —

Die abdominale Kompression wirkt teils direkt durch ihre Schwere, also rein mechanisch, teils indirekt durch Beeinflussung der Blutzirkulation, durch Erhöhung des intraabdominalen Druckes. Ihre eigentliche Heilwirkung tritt bei gleichzeitiger Hochlagerung protenziert in Erscheinung. Das bedarf keiner Begründung.

Jedenfalls dürfte der Beweis erbracht sein, dass die Heilfaktoren der Belastungslagerung rationelle sind.

Hier fallen mir Nothnagels Worte ein: „Der Heilung fähig ist ein krankhafter Zustand nur solange, als er noch im Fortgang begriffen ist; sobald er einen bestimmten Abschluss erreicht hat, nicht mehr. Dann bleiben nur Verunstaltung, Atrophie, Hypertrophie und andere Folgezustände verschiedenster Art zurück. In den allgemeinsten Fällen sind diese der therapeutischen Beeinflussung sowohl, wie der Rückbildung überhaupt entzogen, ausser gelegentlich einmal einer mechanischen Massnahme oder dem Messer des Chirurgen.“

Eine solche mechanische Massnahme stellt die Belastungslagerung dar. —

Vierter Abschnitt.

I. Die komplementären Heilfaktoren der Belastungslagerung.

Im vorstehenden Abschnitt wurde darzutun versucht, dass die Hochlagerung und die Kompression in einem sich durchaus ergänzenden Verhältnis zueinander stehen. Mit diesen Faktoren ist die typische Heilmethode in ihren Komponenten nicht erschöpft, sie bilden jedoch den Grundtypus. Die in der gynäkologischen Therapie bekannten und gewürdigten Verfahren, z. B. die heissen Vaginalirrigationen, die Moor- oder Sandbäder, Soolbäder u. dgl. mehr, sie alle bilden im konkreten Falle willkommene Kombinationen und sollen durchaus als wirksame Adjuvantien bewertet werden. Aber sie sind der Belastungslagerung als typischer Methode nicht eigentümlich, ebensowenig wie die gynäkologische Massage.

Als unterstützende Momente, der Belastungslagerung eigentümlich, treten zwei Heilfaktoren hervor:

- a) Die methodische Atmungsgymnastik,
- b) die Hebung des Allgemeinbefindens durch zweckmässige Ernährung.

a) Die methodische Atmungsgymnastik

soll die möglichste Ausnutzung der Hochlagerung und der Kompression gewährleisten. Sie schafft in systematischer Weise eine energische Weitung der Kapazität des Thorax und ermöglicht folgerichtig eine intensive Ausnutzung der Saugkraft. Das alles knüpft so eng an die Prinzipien unserer Methode an, dass die Zusammengehörigkeit ohne weiteres einleuchtet. Es begründet und fördert die guten und schnellen Erfolge.

Es genügen langsame, forzierte Atemzüge durch die Nase; doch müssen dieselben methodisch, genau innerhalb des Rahmens gegebener Vorschriften gemacht werden. Man forziere die Sache jedoch nicht. Bedingung ist, dass kein Hustenreiz beim forzierten Atmen entsteht. Das kommt zuweilen bei alten pleuritischen Prozessen vor. Diese soll man dann zuvor durch Priessnitzsche Umschläge, Schwitzprozeduren, Lichtbäder u. dgl. beseitigen. Man beginne gewöhnlich mit 10—12 Atemzügen morgens und ebensovielen nachmittags, nachdem zuvor frische Luft ins Zimmer gelassen ist.

Man gewöhne sich, nicht einfach zu sagen, wie es gemacht werden soll, sondern das Atmen den Patientinnen zu zeigen, vorzumachen oder von einer geschulten Gehilfin vormachen zu lassen. Es kommt darauf an, eine sehr langsame Inspiration bis zum Maximum, dann eine kurze Pause auf der Höhe der Inspiration und schliesslich eine sehr schnelle Expiration ad Maximum zu erzielen. Dann folgt eine längere Pause und der Vorgang wird entsprechend den Vorschriften wiederholt.

Die maximale Inspiration verlangt eine Zuhilfenahme der Thorax- und Arm-, Schulter- und Bauchmuskulatur. Es wird im allgemeinen genügen, nachdem man durch Gymnastik die Arm- und Schulter-, auch Bauchmuskulatur gekräftigt hat, die Inanspruchnahme der akzessorischen Atmungsmuskeln durch Hebung und etwas Zurückrollung der Oberarme bis hinter den Kopf zu erzwingen, oder aber durch Aufstützen der oberen Extremitäten und Anspannung der Schultermuskeln usw. das Ziel zu erreichen. Die maximale Expiration erzwingt man am leichtesten, indem man die gehobenen Arme bei Beginn der Expiration im Ellbogen gebeugt plötzlich gegen die seitlichen Thoraxwände herabschleudert und fest anpresst, so dass die Expirationsluft mit lautem Geräusch aus den verborgensten Winkeln der Lunge zu entweichen gezwungen wird.

Hat die Patientin die ersten Schwierigkeiten überwunden, so macht ihr die Sache meist Vergnügen, da die Fortschritte oft sehr schnell bemerkbar werden. Sie zeigt dann mit Stolz, „wie tief“ sie atmen kann. Dann ist es an der Zeit, alle 2—3, und selbst alle Stunden 10—20 mal tief atmen zu lassen. Gerade das Methodische in unseren Vorschriften ist von besonderer Wichtigkeit. Denn nur unter solchen Umständen vermag sich das Herz den vermehrten Arbeitsleistungen anzupassen. Einzelne forzierte Atemzüge würden für die Herzfunktion eher schädlich als förderlich sein.

Das muss man entschieden wissen und berücksichtigen. Hieran gerade scheitert so oft die Durchführung ähnlicher Vorschriften; der Arzt muss

solche Momente kennen, er muss jeder Zeit gegenüber der Patientin die Situation beherrschen. Hat man oberflächliche Verordnungen gegeben, so kommt die Patientin sicherlich mit dem Einwurf: „Das vertrage ich nicht, ich bekomme sofort Herzklopfen davon“. Man forziere also nicht, individualisiere strengstens, bestehe aber auf dem Methodischen! Will man noch das Interesse der in den meisten Fällen suggestiblen Patientin erwecken, so demonstriere man ihr durch regelmässige Messungen der Dehnungsfähigkeit des Thorax ad oculos, welche schöne Fortschritte sie macht.

Diese methodischen Atemübungen sind besonders dann von Wichtigkeit für die Behandlung von Erkrankungen des Beckenbindegewebes und des Beckenbauchfells, wenn die Frauen enge Korsetts getragen haben. Da nun aber bekanntlich — keine einzige Frau enge Korsetts getragen hat, wenigstens ist Verfasser in 20jähriger Praxis keiner Frau begegnet, welche das wahr haben wollte, so spiele man sich nicht erst in die Rolle des Düpierten hinein und stelle a priori negierte Fragen, sondern man untersuche und stelle aus der anatomischen Beschaffenheit des Brustkorbes das Erforderliche fest.

Bei jüngeren Frauen nimmt die Kapazität des Brustkorbes auffallend zu. Und damit machen wir eine nicht zu unterschätzende Kraft der Natur für unsere Zwecke mobil. Das ist keine Therapie auf ausgefahrenen Geleisen. Und wie effektiv die Übungen sind, kann man schon daraus erkennen, dass selbst schwächliche Frauen bereits nach wenigen Tagen mit grösster Leichtigkeit Atemexkursionen fertig bringen, welche man bei Beginn der Übungen platterdings nicht für möglich gehalten hätte. Man kann Differenzen bis zu 10 cm oft schon nach wenigen Tagen konstatieren.

Die Tatsache an sich ist keineswegs neu. Weniger geübt oder wenigstens bis zur Publikation der ersten Festschrift noch gar nicht beachtet sind dagegen diese methodischen Übungen in der Behandlung der Unterleibs- spez. Beckenexsudation. Die Wirkung ist besonders deutlich bei der Lagerung auf dem Planum inclinatum. Das wird noch bei der Behandlung der chronischen Blutarmut erwähnt werden.

Zur Erklärung dieser Tatsachen genügen die Hinweise auf die uns geläufigen Gesetze über den Blutdruck, seine physiologischen und pathologischen Schwankungen. Ganz besonders wichtig ist die in sonst gesunden Körpern schleunigst stattfindende Ausgleichung der Druckdifferenz zwischen Arterien- und Venensystem. Ist es möglich, den arteriellen Druck zu erhöhen und gleichzeitig den Venendruck zu erniedrigen, so erzielen wir eine konsekutive Beschleunigung des Lymphstromes, mithin die Vorbedingung für die zu erstrebende Resorption, und zwar eine solche Vorbedingung, wie sie geeigneter gar nicht gedacht werden kann.

Und da wir durch die beschriebene Weitung der Kapazität des Thorax in einfacher und recht bequemer Form den ersten Schritt zu dem angestrebten Ziele tun können, so leuchtet es a priori ein, dass die Methode allseitig, überhaupt bei allen Stauungserscheinungen im Unterleib dringend empfohlen werden muss. Und wenn Masson berichtet, dass seit alten Zeiten die

mechanische Erweiterung des Brustkorbes von Laienhänden durch massage-ähnliche Handgriffe als eine sehr heilsame Methode geschätzt wird, so liegt hierin nur eine Bestätigung unserer eigenen Beobachtungen durch die vox populi. Man muss vor allem berücksichtigen, dass die respiratorischen Blutdruckschwankungen in den dem Thorax zunächst liegenden Gefässgebieten, sowohl in den Arterien als auch in den Venen und Lymphgefässen, am stärksten zur Geltung kommt. Die Intensität der Schwankung geht mit der Intensität der Atmung Hand in Hand. Die Blutdrucksteigerung bei der Inspiration, die Verminderung bei der Expiration sind zum Teil auch von den Druckverhältnissen in abdomine abhängig. Man wird deshalb im konkreten Falle die Wirkung der Atemgymnastik durch mässig fest angelegte Leibbinden zweckmässig unterstützen.

Nun gibt es aber unter den uns beschäftigenden Kranken relativ viele, welche so ausgeblutet sind, dass allein schon die Blutleere der Arterien und die hydrämische Beschaffenheit des noch vorhandenen Blutes ein Agens für eine solche Herabsetzung des Blutdrucks bilden, dass man mit den methodisch geübten Atembewegungen selbst auf dem Planum inclinatum wenig oder gar nichts erzielt. Hier muss man durch Hypodermoklyse, allenfalls durch Klysmata, die Kreislaufverhältnisse auf rein mechanischem Wege aufbessern. Dies lässt sich allmählich erreichen, selbst wenn das für die Fortdauer der Lebensprozesse notwendige Blutquantum kaum noch im Körper erhalten geblieben ist.

Darauf hat auch Benckiser ausdrücklich aufmerksam gemacht.

Der zweite komplementäre, der Belastungslagerung eigentümliche Heilfaktor ist:

b) Die Hebung des Allgemeinbefindens durch zweckmässige Ernährung etc.

Durch die „Eigentümlichkeit“ soll nur zum Ausdruck kommen, dass die Belastungslagerung die Berücksichtigung des Allgemeinbefindens fordert, wenngleich gerade durch die Hochlagerung der die Resorption deutlich schädigende Einfluss schlechter Körperernährung bis zum gewissen, erheblichen Grade ausgeglichen werden kann. Darauf wurde schon oben hingewiesen. Die Energie des Kreislaufs wird durch die Hochlagerung gehoben. Die Sache liegt also sehr einfach.

Auch hier spielt, wie bei der Atemgymnastik, die praktische Erfahrung eine Rolle. Man muss von vornherein wieder das Interesse der Patientinnen für die therapeutischen Anordnungen erregen. Nicht etwa, wie es heute der in Naturheilmethoden sich wälzende Zeitstrom verlangt, durch gelehrte Erläuterungen und unverstandenes Gewäsch, sondern indem man die Frauen auf die Wage stellt und ihnen in bestimmten Zeitabschnitten die Erfolge vor Augen führt. Hat man dann zufällig konkurrierende Freundinnen gleichzeitig in Behandlung, so überwachen sie eifersüchtig die wachsende Gewichtszunahme. Es gibt ja doch auch Frauen, welche um die Wette Kinder bekommen. Man

darf solche Momente aus der pulsierenden Praxis durchaus nicht vernachlässigen, will anders man die Naturheiligen mit ihrer vom Himmel gefallenen Weisheit durch die Satzungen der verhassten Schulmedizin erfolgreich bekämpfen. Da nützen keine Worte in Versammlungen, — sondern Taten, Erfolge sollen's erzwingen.

Richtet man von vornherein bei jeder angeordneten Belastungslagerung ein Hauptaugenmerk auf die Hebung des Allgemeinbefindens, so wird die Resorption schneller und vollständiger erreicht. Sie soll tunlichst erreicht sein, bevor die dicht aneinander liegenden, serösen Flächen des Douglas'schen Raumes und des Fundusüberzuges miteinander organisch verlötet sind, bevor die durch para-perimetritische Infiltration erheblich verdickten und deswegen verkürzten Ligamenta lata einen dauernden, schädlichen Zug auf den in abnormer Richtung festgestellten Uterus auszuüben vermögen, und endlich, bevor die Elastizität resp. die Muskelkraft der Douglasschen Falten durch Inaktivitätsatrophie, wie namentlich bei langer Rückenlage, völlig zugrunde gegangen sind.

Der schlechte Ernährungszustand des Körpers kann die erfolgreichste Resorptionskur schliesslich wieder zum Scheitern bringen. Dabei kann man sich überzeugen, wie wertvoll und wichtig das Fettpolster des Beckens für die Erhaltung der Generationsorgane in ihrer natürlichen Lage, für ihre gegenseitige Stütze und für den Schutz vor Insulten ist. Und so wenig zufrieden wir Gynäkologen aus technischen Gründen und die Patientinnen vielfach aus sog. ästhetischen Rücksichten im allgemeinen damit sind, dass der Bauch sowohl aussen als auch innen sich vor allen übrigen Teilen des Körpers durch eine reichere Niederlage scheinbar überflüssigen Brennmaterials auszeichnet, so erkennen wir doch aus vorstehenden Bemerkungen wiederum den allzeitig zweckmässigen Aufbau des Organismus.

Das wichtige Fettpolster der Beckenorgane soll prophylaktisch tunlichst erhalten bleiben. Und mit der Hebung der Körperkräfte soll eine Aufbesserung der Kreislaufverhältnisse, mit dem energischeren Kreislauf die Resorption angeregt und verstärkt werden. Das ist unser rationelles Ziel.

Schon Bandl legte grossen Wert darauf, den Kräftezustand der Kranken durch zweckmässige Ernährung und gute äussere Verhältnisse bei der Behandlung zu heben. „Dieser Grundsatz scheint uns die Hauptbedingung für raschere Resorption der Exsudate zu sein.“ v. Winkel pflegte mit grosser Sorgfalt auf diese Verhältnisse zu achten und war unermüdlich darin, seine Schüler darauf aufmerksam zu machen.

Die Ernährungstherapie bei akuten Exsudationen gehört nicht hierher. Gegenstand der Erörterung bilden die chronischen Affektionen. Doch wolle man den Hinweis gestatten, dass zur Förderung der Resorption durch die typische Belastungslagerung eine möglichste Erhaltung der Kräfte während des der Belastungslagerung zuweilen vorausgehenden akuten Stadiums, z. B. bei Parametritis, in hohem Grade erwünscht ist. Natürlich hat man da mit bedeutenden Schwierigkeiten zu kämpfen. Vor allem befolge man den Grund-

satz, dass man am besten zum Ziele gelangt, wenn man die Kranken „füttern“ lässt. Man muss gar nicht fragen, ob sie etwas zu essen wünschen, sondern einfach darreichen. „Es muss sein.“ Möglichst pünktlich nach der Uhr in zwei-, höchstens dreistündlichen Intervallen soll die Nahrung gereicht werden; stets in flüssigem oder fein zerkleinertem Zustand. Die grössten Schwierigkeiten bestehen während des Vorhandenseins von Fieber. Man hüte sich Fiebermittel zu geben. Diese schwächen stets die Verdauungskraft des Magens oder vermindern doch den Appetit. Ausserdem besitzen wir im Fieber ein energisches Mittel im Kampfe gegen die Infektion. Ein bedrohliches Übermass des Fiebers bekämpft man erfolgreich durch Anregung der Diaphoresis (Einpackungen).

Stets gebe man 10 Minuten vor der Nahrungsaufnahme kleine Dosen Amara, 5 Minuten nach derselben Salzsäure (10—20 Tropfen einer mit Wasser ana verdünnten Lösung). Besteht Übelkeit oder viel Aufstossen, so gebe man $\frac{1}{2}$ Stunde vor den Mahlzeiten eine Messerspitze doppeltkohlensaures Natron. Das regt die Salzsäureproduktion des Magens an, ebenso wie der in solchen Fällen sehr zu empfehlende Priessnitzsche Umschlag um die Magengegend. Natron nach der Mahlzeit ist schädlich.

In jedem Falle gebe man von vornherein Milch, teils Vollmilch oder abgesahnt, teils gekocht oder roh, ohne Zusatz oder mit Magnesia, Aqua calcis, Kognak, Kaffee, Salz, je nachdem sie vertragen wird. Möglichst grosse Tages- in möglichst kleinen Einzeldosen! Stets muss die Milch sehr langsam ausgetrunken werden. Wehren sich die Kranken dagegen, so muss man Zusätze von Gersten- oder Haferschleim machen, damit die kompakte Gerinnung des Kaseins tunlichst verhindert wird. Nach dem Trinken — das ist wichtig! — muss die Kranke den Mund mit reinem Wasser ausspülen und öfter die Zähne putzen. Mit Vorteil nimmt die Kranke schliesslich noch einen Tropfen Tinct. Chinae compos. auf die Zunge. So vermeidet man den faden Nachgeschmack.

Zugleich mit der Milch kann man Somatose oder die leichtverdaulichen Milch- und Pflanzeneiweisse geben, von welchen namentlich Plasmon, Santogen und Tutulin zu empfehlen sind. Von der Somatose darf man nur kleine Dosen, höchstens $\frac{1}{4}$ Teelöffel zur Zeit, geben. In grösseren Dosen wirkt sie unter unangenehmen Reizerscheinungen abführend; als „Abführmittel“ ist sie jedoch zu teuer. Von vielen Patientinnen wird sehr gern reiner Honig zur Milch genommen. Aber auch vom Honig darf man nicht zu grosse Einzeldosen (höchstens $\frac{1}{2}$ Teelöffel) 4—5 mal am Tage reichen. Die Leubesche Fleischsolution wird von vielen Kranken zurückgewiesen; zuweilen wird sie zweckmässig zugleich mit Mellins Food gereicht. Als Fleischsuppen gebe man abwechselnd die nur anregend wirkende, gewöhnliche Brühe, eventuell mit hartgekochtem, ganz fein gepulvertem Ei und die nahrhaften, an sich eiweissreicheren Zubereitungen: die Uffelmannsche Flaschenbouillon, Beetea, Succus carnis expressus mit Zusatz von Fleischextrakt usw. Man muss

betreffs der Zubereitung genaue Anweisungen geben. Im fieberhaften Stadium kann man starke Weine und Eierkognak schwerlich entbehren.

Im chronischen Stadium und bei allen Residualaffektionen mit geschwächtem Kräftezustand lege man das grösste Gewicht auf die Darreichung von Fetten, namentlich von Rahm oder Rahmgemengen und frischer Butter, welche letztere namentlich zusammen mit Haferschleim und anderen schleimigen Getränken gern genommen wird. Auch Honig und Malzpräparate sind sehr zu empfehlen. Man gebe hart gekochte, fein zerkleinerte Eier mit Sardellenbutter verarbeitet, lege wiederum besonderen Wert auf die Darreichung der Milch- (Kasein) und Pflanzeiweisspräparate, gebe viel Obst und Gemüse, Fleisch in mässigen Mengen. Man hüte sich das Wort „Mastkur“ zu gebrauchen oder von „mästen“ zu sprechen: es verdirbt vielen Patientinnen den Appetit. Selbstverständlich wird man, soweit es irgend möglich ist, den Neigungen und Wünschen der Patientinnen bezüglich der Nahrungsmittel entgegenkommen müssen. Immer jedoch bleibe man Herr der Situation. Man muss nur bestimmt auftreten und bestimmte Anweisungen geben. Aber man unterlasse, wenn irgend möglich, genaue Gewichtsvorschriften betr. der jedesmaligen Menge. Die Wage möge über die Zweckmässigkeit der Ordination entscheiden: zunehmendes Körpergewicht sei ausschlaggebend. Die in vielen Fällen zu übende Körpergymnastik bürgt für Eiweissansatz und Wiederkehr der Muskelkraft, der Gesundheit des Zellindividuums. Es ist eine Frage zweiten Ranges, ob das Endergebnis durch Eiweissparer (Kohlehydrate, Fett) oder durch Eiweissnahrung erreicht wird. Aber ein Moment darf niemals vernachlässigt werden: Man beherzige stets, dass die physiologisch richtig ausgewählte und zubereitete Nahrung nur dann als „bekömmlich“ bezeichnet werden kann, wenn auch Genussmittel gereicht werden. Als solche sind schliesslich alle Mittel anzusehen, welche Kranken die Speisen schmackhaft und angenehm machen. Hier entscheidet das persönliche Moment.

Ist es, wie oft, notwendig für reizlose Stuhlentleerung zu sorgen, so gibt man, falls frisches Rhabarbergemüse oder Sauerampfer versagt oder nicht zu haben ist, Cascara sagrada (Extrakt. fluid.) in häufigeren kleinen Dosen (3—4 mal täglich $\frac{1}{4}$ Teelöffel) oder auch Klysmata mit Zusatz (1—2 Esslöffel) von Lebertran (Ol. jecor. aselli). Lässt man nach erfolgtem Stuhlgang neuerdings 2—3 Esslöffel Lebertran in den Mastdarm einlaufen, so erreicht man eine sehr erwünschte und ausreichende Resorption des Fettes. Diese Methode wurde von Mitchell in die Praxis eingeführt. Glycerin vermeide man; es reizt den Mastdarm. Es ist durchaus wichtig, dass die Defäkation geregelt wird. Wenn auch bei der gewöhnlichen, unkomplizierten Koprostase, wie Verfasser an anderem Orte (120) darlegen durfte, die Gefahr der Autointoxikation sehr gering zu sein scheint, so ist hier doch zu berücksichtigen, dass die Umgebung des Rektum mit und infolge der Resorptionskur oft sehr aufgelockert ist und eine Aufsaugung von Fäulnisstoffen sehr nahe liegt. Dafür spricht auch die mangelnde Appetenz bei bestehender hartnäckiger Verstopfung. Sehr wichtig ist daneben eine milde, ausgiebige

Massage der Extremitätenmuskeln. Die Wirkung derselben ist aus der Mitchellschen Kur hinlänglich bekannt.

Man vermeide, soweit es irgend möglich ist, medikamentöse Verordnungen. Höchstens empfehlen sich bei sehr nervösen erschlafte Frauen einige subkutane Strychnininjektionen. Aber man soll den Patientinnen keine Aufklärungen darüber geben. In jedem „besseren“ Hause ist heute ein Konversationslexikon: „Strychnin ist ein starkes Gift“! Und so viele der durch langjährige Unterleibsleiden erschöpften Patientinnen, welche uns hier an erster Stelle beschäftigen, fahren im Naturheilkarren oder glauben es doch zu tun. Man muss ihnen die Konzession zunächst machen und dann durch die Erfolge den Beweis liefern, dass auch der rite ausgebildete Arzt unter Benutzung des Besten aus den Heilkräften der Natur in den Geleisen der gehassten Schulmedizin sicher zum Ziel führt. Gegen die bornierten und doch gerissenen Reklamehelden der Naturheilmethode nützt keine Logik: der heilende Glaube schafft Wunderbares. Auch wir suchen den heilenden Glauben; man muss nur die Patientinnen nicht viel fragen: wie geht's?, schmeckt das Essen? usw., sondern man knüpfe heute einfach an das gestern und morgen an das heute an. Dann folgt die Patientin sonder Not! In einer jeden steckt ein wenig Nachahmungstrieb! Das sieht man ja beim Purgismus, der Abführmittelsucht, über deren Beseitigung durch „Entziehung“ Verfasser bereits ausführlichst an anderem Orte berichten durfte.

II. Verhältnis der gynäkologischen Massage zur Belastungslagerung.

Man hat gesagt (e. lit.), dass sich die Erfolge der Belastungslagerung auch mit der gynäkologischen Massage erreichen lassen. Wäre das richtig, so hätten wir oben die Bedürfnisfrage nur in bedingter Weise bejahen können. Es ist jedoch nicht zutreffend. Denn die Massage verlangt zunächst einen wesentlich grösseren Aufwand an Zeit, Mühe und Honorarkosten und ist bei erethischen, erotischen, überhaupt hochgradig nervösen und hysterischen Frauen überhaupt nicht anwendbar, während die Belastungslagerung bei eben diesen keine Schwierigkeiten bietet. Aber die Massage ergänzt die Belastungslagerung in wichtigen und belangreichen Punkten. Man darf sogar sagen, sie ergänzen sich gegenseitig. Denn durch die typische Belastungslagerung wird in vielen Fällen die gynäkologische Massage erleichtert: es wird ihr vorgearbeitet.

Halban schreibt (l. c. S. 141) über das Verhältnis der beiden Methoden zueinander: „Eines schliesst das andere nicht aus. Es gibt Fälle, für welche die Belastung, und wieder andere, für welche die Massage vorzuziehen ist. Vorzuziehen ist die Belastung in allen Fällen, wo sie überhaupt eine Wirkung auszuüben imstande ist, das sind die Affektionen, welche sich am Beckenboden abspielen. Es ist keine Frage, dass man auch mit der Massage schliesslich

denselben Erfolg erreichen wird, aber es unterliegt ebensowenig einem Zweifel, dass die Belastung viel bequemer für den Arzt und viel schonender für die Patientin ist, als die Massage, und dass die Belastung in viel kürzerer Zeit das zu leisten imstande ist, was man mit der Massage oft erst nach wochen- oder monatelanger Behandlung erzielt. Wir denken hierbei gerade wieder an die steinharten, indurativen Ödeme der Parametrien. Aber es ist andererseits keine Frage, dass die Belastungstherapie gewisse Grenzen hat, und da hat die manuelle Massage einzusetzen. Dies gilt für alle Fälle, wo der Prozess sich entfernt vom Beckenboden, besonders am Fundus uteri abspielt. Da kann die Massage nach Thure Brandt immer noch ausgezeichnetes leisten, wo die Belastung keine Erfolge mehr erzielt.“

Mit diesen Ausführungen kann sich Verfasser nicht einverstanden erklären. Denn, soweit die typische Belastungslagerung in Frage kommt, ist ihre Heilwirkung weiter reichend. Man beachte nur die oben bereits beschriebenen grundsätzlichen technischen Unterschiede zwischen dem Luft- und Quecksilberkolpeurynter. Dieses Moment soll im klinischen Teil (Indikationen) ausführlich erläutert werden. Es zeigt aber nur, dass die Heilfaktoren der Belastungslagerung weiterreichen als die des Quecksilberkolpeurynters allein. Mit Hilfe des Luftkolpeurynters kann man eben auch in der Höhe des Beckeneinganges liegende Affektionen durch Belastung schnell und günstig beeinflussen. Das ist klinisch von Wichtigkeit, zumal wenn die Massage aus den oben genannten Gründen somatischer oder nervöser Art überhaupt kontraindiziert ist.

Richtig ist es, wenn Halban (Schauta) die Überbleibsel von pelioperitonischen Affektionen, z. B. Beschwerden verursachende perimetritische Stränge, welche nach dem Schwunde von indurativen Ödemen, nach der Durchführung der Belastung, zum Vorschein kommen, im konkreten Falle durch Massage beseitigen will.

Auch Funke und Foges heben hervor, dass die Belastungslagerung die Massage nicht ganz verdrängen soll. Aber auch Foges (S. 8) erkennt an, dass die Massage an schnellerer Wirkung und Einfachheit von der Belastung übertroffen wird. „Blut und Lymphe werden durch längere Zeit in einer Weise verdrängt, wie es die massierende Hand nie kann, weil die Angriffsfläche zu klein und ein gleichmässiger Druck unmöglich ist“. Aber alles dieses dürfte die Frage noch nicht befriedigend lösen. Die eigenen Beobachtungen lehrten den Verfasser, dass

- a) die Massage die Belastungslagerung ergänzt, und
- b) die Belastungslagerung der Massage vorarbeitet und sie erleichtert.

Beides ist nicht ganz das gleiche. Mit wenigen Worten kann man sagen:

- a) Die Belastungslagerung ist namentlich dann wirksam, wenn Organe mit dem Knochen, also mit einem fixen Punkt verwachsen sind, die Massage dagegen hauptsächlich, wenn bewegliche Organe untereinander verlötet sind.

b) Durch die Belastungslagerung werden Strangbildungen freigelegt, aus dicken, grossen und harten indurativen Ödemen isoliert und der Massage zugänglich gemacht. Gleichzeitig erleichtert die Lagerung auf der schiefen Ebene als solche die Massage, zumal, wenn zuvor durch Kompression die den zu massierenden Körperteil bedeckenden Organe fortgedrängt wurden. Und wer noch so sehr in der gynäkologischen Massage geübt ist, wird die Lagerung auf dem *Planum inclinatum*, in extremis die Beckenhochlagerung, sicherlich in vielen Fällen, namentlich bei fettreichen Bauchdecken, jeder anderen Lagerung vorziehen. Zuweilen bleibt allerdings die Erschlaffung der Bauchdecken auch hierbei eine mangelhafte, besonders wenn im Becken viele Adhäsionen sind. Wichtig bleibt immer das Emporsinken der Därme gegen das Zwerchfell.

Übrigens haben schon Schauta u. a. darauf aufmerksam gemacht, dass die Hochlagerung für die gynäkologische Diagnose (siehe diese) von Wert ist. Und dass die gynäkologische Massage in dieser Position zuweilen recht leicht und mit grossem Vorteil vorgenommen werden kann, hat Beuttner in überzeugender Weise dargetan. Man möge nur dabei beachten, und dem wird Beuttner beipflichten, dass eine noch grössere Erleichterung durch vorausgeschickte Kompression erreicht wird. Amann nannte gelegentlich die Massage ein Mittelding zwischen Therapie und Diagnose, „da sie nicht allein einen grossen therapeutischen Zweck hat, sondern gerade für eine exaktere Ausbildung der bimanuellen Untersuchung von hohem Werte ist.“ Beides tritt bei der Belastungslagerung gegenüber der Massage potenziert in Erscheinung.

Spezieller Teil.

(Klinik der Belastungslagerung.)

Erster Abschnitt.

I. Zur Diagnose der für die Belastungslagerung in Frage kommenden entzündlichen Beckenaffektionen.

Es soll hier nicht unsere Aufgabe sein, eine ins einzelne gehende Darstellung der Diagnose zu geben. Wir besitzen in den Monographien von Winter und Veit vortreffliche, sich ergänzende Lehrbücher. Wohl aber möge es gestattet sein, hier einige Fingerzeige für die diagnostische Beurteilung der Affektionen zu geben, wie solche an dem Materiale der Privatpraxis gewonnen wurden. Denn es zeigt sich auch heute noch in der konsultativen Praxis übereinstimmend mit bezüglichen Bemerkungen in früheren Schriften des Verfassers, dass die Diagnose: „Parametritis“ in der hausärztlichen Praxis eine viel zu grosse Rolle spielt. Mit dieser Kollektivbezeichnung werden oft alle möglichen Affektionen, Entzündungen, Schwielen, Exsudate in den Parametrien, Entzündungen, Exsudate im Beckenbauchfell, Perisalpingitis, Periophoritis, Tubentumoren usw. gemeinsam abgetan.

Wer die Belastungslagerung praktisch verwerten will, muss eine möglichst scharfe Differentialdiagnose zwischen den verschiedenen Affektionen des Beckenbindegewebes, des Beckenbauchfells und speziell der Tuben stellen. Besondere Aufmerksamkeit ist den Anschwellungen der Tuben zu widmen. Eine ganz detaillierte Diagnose in jedem Falle, selbst bei narkotisierten Frauen, kann allerdings, wie Fritsch (61) treffend bemerkt, nur der phantasievolle, optimistische Diagnostiker stellen. Aber sehr richtig schreibt auch Fritsch (60), dass die Methode „bei guter Beobachtung“ keinen Schaden bringt. Dem wurde vom Verfasser bei anderer Gelegenheit bereits mit den Worten Ausdruck gegeben: „Man individualisiere, beobachte sorgfältig — und stelle richtige Diagnosen!“

Funke (S. 269) machte dieselben Beobachtungen: „Ungeübte Untersucher verlegen sowohl akute als auch chronische Affektionen, deren Lokalisation

sie nicht genau angeben können, mit Vorliebe ins Parametrium.“ Im übrigen folgen wir hier der von Funke gegebenen Einteilung. Auch wir sprechen von Perisalpingitis, Perioophoritis usw., wenn die Entzündung nur oder vorwiegend ein Organ betrifft, im übrigen von Pelioperitonitis (v. Winckel).

Aus dem Bevorzugen der Diagnose Parametritis ist namentlich älteren Ärzten kein ernster Vorwurf zu machen; denn man fasste alle diese Affektionen, bis man die Tastbefunde durch Vergleiche mit den anatomischen Ergebnissen (Virchow) und den Befunden bei Operationen besser und sicherer zu deuten lernte, offiziell als „Parametritis chronica“ zusammen.

In der grossen Mehrzahl aller hierher gehörenden Fälle handelt es sich um Kombinationen para-perimetritischer und pelioperitonitischer Affektionen. Das ist nicht auffallend. Man wolle bedenken, dass der Krankheitsverlauf in den meisten unserer Fälle ein langsamer, sei es akut oder chronisch, war. Es bleibt nicht aus — das haben doch die zahlreichen anatomischen Untersuchungen der letzten Jahrzehnte zur Genüge gelehrt —, dass bei langwierigem Verlaufe die ursprünglich durchaus peritoneal lokalisierten Prozesse sich mit subperitonealen vergesellschafteten und mehr oder weniger das Bindegewebe in Mitleidenschaft ziehen. Und ebenso führen langwierige Entzündungen im Beckenbindegewebe zur Ausbreitung auf der freien Fläche der Serosa. Deshalb findet man so häufig gleichzeitig parametritische Exsudationen oder Schwielen und Narben, pelioperitonitische Exsudationen oder Überreste solcher, Schwielen, ligamentöse, strang- und flächenförmige Verwachsungen und Verklebungen, resp. auf der Peritonealfläche frei verlaufende Pseudoligamente. Daher rühren auch die häufig differierenden Anschauungen der Gynäkologen hinsichtlich der von B. S. Schulze sog. Parametritis posterior, welche von vielen (z. B. Fritsch) als Perimetritis oder Peritonitis gedeutet wird.

Ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in der Privatpraxis, bei intelligenteren Kranken, ist vor allem eine sorgfältige Anamnese. Man gewinnt durch dieselbe Fingerzeige, welche oft wichtiger und wertvoller sind, als eine genaue, kombinierte Untersuchung. Ergibt sich z. B., dass das Exsudat im Puerperium oder im unmittelbaren Anschlusse an dasselbe entstanden ist, und lässt sich aus den mit Bestimmtheit angegebenen Symptomen und Daten vorausgegangene septische Endometritis und Gonorrhöe ausschliessen, so darf man in der grössten Mehrzahl der Fälle a priori annehmen, dass es sich um parametritische Exsudate handelt, wenigstens um solche, bei welchen das Perimetrium erst in zweiter Linie mit beteiligt wurde.

Ist dagegen überhaupt kein Puerperium vorausgegangen, oder ist dasselbe völlig normal, völlig fieberfrei verlaufen, sind im besonderen keine Verletzungen des Darmes, der Vagina, der Portio vaginalis vorgekommen, so handelt es sich wohl ausschliesslich um Erkrankungen in der Beckenserosa.

Und ist wiederum das Exsudat ganz augenscheinlich völlig unabhängig vom Puerperium, vielleicht erst Jahre danach entstanden, und ist schliesslich

bekannt, dass gynäkologische Operationen niemals stattgefunden haben, so darf man in der grössten Mehrzahl der Fälle ohne weiteres annehmen, dass das Exsudat etc. im Peritoneum pelvis seinen Sitz hat.

Es ist also in allen diesen Fällen die Anamnese zum mindesten ebenso wichtig als das Ergebnis der kombinierten Untersuchung.

Verfasser hat allzeit mit Erfolg Wert auf diese grundsätzliche Unterscheidung gelegt. Selbstverständlich müssen daneben alle differential-diagnostischen Merkmale voll berücksichtigt werden. Vor allem muss anamnestisch ergründet werden, ob häufig Rezidive, Exazerbationen vorgekommen sind, ob überhaupt die Entzündung den Charakter einer rezidivierenden gezeigt hat. Dann handelt es sich meist um pelioperitonitische Prozesse, Tubenaffektionen. Parametritis verläuft nur selten ähnlich (chronische, langwierige, kleine Abszessbildungen).

Sehr richtig sagt Küstner; „ . . . sehr tief im Becken gelegene Infiltrate entsprechen meist Phlegmonen des Zellgewebes; im Beckeneingange neben dem Uterus gelegene Infiltrate gehören meist den Tuben oder den Ovarien an, hinter dem Uterus fühlbare, nach einer Seite sich fortsetzende Exsudate der Tube, oder dem Ovarium oder dem Beckenperitoneum.“

Es kann hier, wie schon gesagt, nicht unsere Aufgabe sein, die ganze Differenzialdiagnose zu entwickeln; das findet man alles besser und ausführlicher in den genannten Monographien und in den führenden Lehrbüchern. Nur noch einige Fingerzeige aus der Praxis seien gestattet. Man achte besonders darauf, ob die fühlbaren Stränge und Adhäsionen sich bis zu einem fixen Punkte, im besonderen bis zur seitlichen oder hinteren Beckenwand, verfolgen lassen können. Je tiefer sie liegen, desto wahrscheinlicher sind sie parametritischen Ursprungs. Im besonderen jedoch liegen die parametritischen Narbenzüge selten ohne anderweitige Komplikationen in der Serosa auf dem Boden des Cavum Douglasii. Man lasse sich niemals durch die oft wechselnde Beschaffenheit in der Festigkeit der einmal sicher erkannten Verwachsungen irre führen. Dieser Wechsel hängt ab von der wechselnden Blutfülle in den Beckenorganen, von der begleitenden oder konsekutiven Sukkulenz des Gewebes. Ein sehr wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist das Ballotement des Uterus. Ob die dabei entstehenden Schmerzen para- oder perimetritischen etc. Ursprungs sind, ist für uns hier ziemlich belanglos. Wichtig ist jedoch, dass wir die Art und den Verlauf etwaiger Fixationen feststellen, im besonderen zu ergründen suchen, ob die Stränge etc. mit dem Knochen zusammenhängen. Letzteres entscheidet ausnahmslos zugunsten der Prognose unserer Therapie. Auch dürfte es für unsere Zwecke wichtig sein, den Veränderungen der Tuben besondere Aufmerksamkeit zu widmen und aus praktischen Gründen eine Tubenaffektion als bestehend anzunehmen, sobald die Tubengegend bimanuell empfindlich ist und in der Anamnese Gründe vorhanden sind (Gonorrhöe, septische, puerperale Endometritis, intrauterine gynäkologische Therapie), welche eine Tubenaffektion wahrscheinlich machen. Kann man die Tuben abtasten, so achte man besonders auf die

Verdickung des uterinen Abschnitts! Handelt es sich um wirkliche Tumoren, so denke man immer an erster Stelle an pelioperitonitische Prozesse und sei dann mit den ersten Belastungsversuchen doppelt vorsichtig. Unbedingte Bettruhe! Sorgfältige Thermometrie! Wenn möglich vor der ersten Belastung Beobachtung einer Menstruation! Liegt der Tumor etwas entfernt von der Vagina, d. h. kann man die Mukosa des Gewölbes etwas am Tumor verschieben, so handelt es sich wohl immer um einen mit pelioperitonitischen Prozessen komplizierten Adnextumor. Beim parametritischen Exsudat liegt der Tumor unmittelbar dem Scheidengewölbe auf. Nur im Douglas tritt auch der peritoneale Tumor unmittelbar an die Vagina heran. Der Erfolg und Verlauf der intravaginalen Belastung entscheidet bald, um was es sich im konkreten Falle handelt. Diese diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung soll, ihrer praktischen Wichtigkeit entsprechend, in einem besonderen Abschnitt bearbeitet werden.

II. Die kombinierte Untersuchung in der Mittelhochlagerung (Planum inclinatum).

Auch dieser Abschnitt knüpft wie der vorige unmittelbar an die Praxis an. Er ist hervorgegangen aus dem Bedürfnisse der Privatpraxis und soll diesem tunlichst angepasst werden. Das grundlegende Moment bildet die Belastungslagerung.

Es gelte als oberster Grundsatz, alle gynäkologischen Untersuchungen bei Beckenaffektionen, spez. also bei Exsudationen jeglicher Provenienz und deren Residuen, auf dem Planum inclinatum, in der Mittelhochlagerung, vorzunehmen, oder doch zum wenigsten die Untersuchung in der Rückenlage durch eine solche in der Mittelhochlagerung zu ergänzen!

Hat man zunächst in der herkömmlichen Rückenlage die allgemeinen Lagerungsverhältnisse der Beckenorgane zueinander ergründet, so untersuche man nur noch in der typischen Position der Belastungslagerung. Die nebenstehende Abbildung 9 veranschaulicht den Vorgang sehr klar. Der linke Arm ruht zwischen den Schenkeln der Patientin unmittelbar auf der Tischplatte, der rechte Arm kann bei schnell folgenden Untersuchungen in stark besetzter Sprechstunde zur Verhütung der Ermüdung auf das Knie der ad hoc auf den mitabgebildeten Tritt gestellten unteren Extremität aufgestützt werden. Der Tritt von 55 cm Höhe ist gerade dazu passend.

Die Patientin steigt von der Seite her sehr bequem auf den Tisch. Man kann das Planum inclinatum bereits vorher hergerichtet haben, oder lässt durch die Gehilfin die Platte heben, sobald die Patientin auf dem Tische liegt. Es hat sich noch keine Patientin geweigert, denn tatsächlich ist die Mittelhochlagerung, wie man die Lagerung zweckmässig benennen könnte,

dezentler als die gewöhnliche Rückenlage mit gespreizten Beinen, zumal bei letzterer die Geschlechtsteile mehr entblösst werden.

Die Mittelhochlagerung, d. h. also die Lagerung auf dem typischen Planum inclinatum der Belastungslagerung, soll und muss die typische Lagerung der kombiniert zu untersuchenden, spez. an Adnexaffektionen leidenden, gynäkologischen Patientin werden.



Abbildung 9.

Kombinierte Untersuchung in Mittelhochlagerung.

Wer diese Lagerung kennen gelernt hat, würdigt ihre ausserordentlichen Vorzüge; wer sie erst längere Zeit praktisch geübt und verwertet und namentlich die Kombination mit der Untersuchung in Rückenlage kennen gelernt hat, wird ihrer nicht mehr entraten können. Die Mittelhochlagerung wird jedem Gynäkologen tatsächlich unentbehrlich sein!

Sie besitzt die Vorzüge der Beckenhochlagerung, auf deren Vorteile für die Diagnose Schauta, für die Massage Beuttner aufmerksam gemacht haben, ohne die schwerwiegenden Nachteile derselben. Für die Praxis ist eine diagnostische oder therapeutische steile Beckenhochlagerung ganz wertlos,

weil sie nicht durchführbar ist — die Frauen weigern sich einfach. Ausserdem ist ihre häufigere Anwendung keineswegs gefahrlos. Will man in ganz vereinzelt, konkreten Fällen über etwaige Darmadhäsionen mit den Beckenorganen ins klare kommen, so gehe man ausnahmsweise von der Mittelhoch zur steilen Beckenhochlagerung (45°) über. Aber auch das lässt sich bequem umgehen, wenn man einen kleinen technischen Kniff verwertet: durch einen ad hoc konstruierten „Kompressionsbogen“ (Abbildung 10), welcher ohne Kraftanwendung gebraucht wird (s. Abbildung 11), den nach oben, gegen das Zwerchfell sinkenden Darm vollends vom Becken abzudrängen, also künstlich das Maximum dessen in dieser Hinsicht zu erreichen, was die steile Beckenhochlagerung an sich erzwingen könnte.

Auch bei der Mittelhochlagerung sehen wir eine Wanderung aller nicht im Becken adhärennten Organe nach der freien Bauchhöhle zu; auch hier erkennen wir die Wirkung durch Abplattung und allmähliches Einsinken der

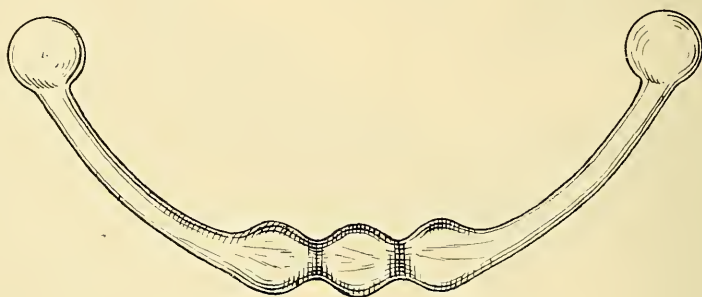


Abbildung 10.
Kompressionsbogen.

unteren Bauchgegend. Man kann dies willkürlich befördern, indem man entweder die Kompressionskeule benutzt, oder aber den Bauch oberhalb der Symphysis durch Schrotsäcke oder feuchten Töpferton oder feuchte Sandsäcke belastet. Hat man die Belastung schon vorher, in der vorausgegangenen Nacht, gebrauchen lassen, so kann man ohne Narkose fertig werden.

In einer Anzahl der uns hier beschäftigenden Fälle bestehen allerdings mehr oder weniger zahlreiche und hochgradige Verwachsungen des Darmes mit den Beckenorganen und dieser untereinander. Bleibt dann auch im konkreten Falle die Wanderung des Darmes aus dem Becken beschränkt, so wird dennoch immer die Untersuchung der Beckenorgane wesentlich erleichtert gegenüber der Untersuchung in der gewöhnlichen Rückenlage. Wenigstens hat Verfasser in der eigenen Privatpraxis noch keinen Fall gesehen, in welchem die Verwachsungen so hochgradig, straff und kurz gewesen wären, dass die wenigstens teilweise Verlagerung des Darmes nach der freien Bauchhöhle zu verhindert worden wäre. Und sollte einmal ein solcher Fall sich ereignen, so lehrt uns die Beobachtung an sich die fertige Diagnose kennen oder doch erleichtern. In den mildereren Fällen lernen wir durch den Unter-

suchungsbefund mit leichter Mühe die Zahl und Beschaffenheit der Adhäsionen kennen.

Es ist als selbstverständlich vorausgesetzt worden, dass möglichst vor jeder Untersuchung Darm und Blase entleert werden. Verfasser hat deshalb seit langen Jahren die früheren Nachmittagsprechstunden mit den Vormittagsprechstunden vereinigt. Denn die Untersuchungen, selbst die Behandlung,



Abbildung 11.

Mittelhochlagerung, Empordrängen des Darmes (Kompressionsbogen).

sind dann sehr viel bequemer und sicherer vorzunehmen. Die Zeit von 9 bis 2 Uhr ist für gynäkologische Zwecke zweifellos am günstigsten; aber äussere Verhältnisse unsererseits machen allerdings diese an sich empfehlenswerte Einrichtung vielfach unmöglich.

Weiter muss man berücksichtigen, dass viele der hier in Frage kommenden Patientinnen, teils infolge der langen Dauer, teils infolge der Schmerzhaftigkeit der entzündlichen Exsudationen und deren Folgezustände erregbar, reizbar, auch wohl erotisch veranlagt sind oder wurden. Dann soll man, teils

zur lokalen Beruhigung, teils zur durchaus notwendigen Verhinderung oder Verminderung der reflektorischen Spannung in den Bauchmuskeln in der oben beschriebenen Weise den ganzen Introitus, das Vestibulum vaginae kokainisieren, ohne dass man den Patientinnen irgend welche Mitteilung über den Zweck der Flüssigkeitseinpinselung macht. Am besten bleibt die Patientin völlig unbefangen. Jedenfalls lässt sich die Belästigung der Umgebung des Introitus durch den untersuchenden Finger in der Mittelhochlagerung wesentlich leichter vermeiden als in der gewöhnlichen Rückenlage, teils weil die Patientin in der gestreckten Lage viel ruhiger liegt, teils weil der untersuchende Arm infolge der vollständigen Unterstützung auf der Tischplatte ruhiger gehalten wird. Und dass die reflektorische Anspannung der Bauchmuskulatur in der Mittelhochlagerung wesentlich schwerer zustande kommen muss, leuchtet ohne weiteres ein, wenn man die physiologische Wirkung der Mittelhochlagerung, die Einwirkung des Luftdruckes auf die untere Bauchgegend (*Horror vacui naturae*) berücksichtigt.

Man versuche einmal, eine Frau erethischer oder erotischer Veranlagung in der gewöhnlichen Rückenlage, meinetwegen unter Kokainwirkung, zu untersuchen und wechsele dann plötzlich die Lagerung; dann wird man den ausserordentlichen Unterschied, die grosse, wohltuende Erleichterung erkennen. Man versuche überhaupt einmal bei einer normal veranlagten Patientin diesen Wechsel, und man wird sicherlich sofort ein Anhänger der neuen Untersuchungsmethode werden. Man massiere einmal den Uterus oder die Adnexe in der Rückenlage und gleich darauf in der Mittelhochlagerung, oder wie man will auch umgekehrt: der grosse Unterschied zugunsten der Mittelhochlagerung wird Jedermann auffallen müssen.

Was hier empfohlen wird, ist keine Theorie, sondern praktische Erfahrung!

Natürlich soll man die Entspannung der Bauchdecken durch die abdominale Kompression, wie schon angedeutet, möglichst vollständig zu erreichen suchen. Dann kann man der Narkose in den meisten Fällen entraten. Das betonte Verfasser schon früher wiederholt. Es wird in dem Abschnitt: „Die diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung“ ausführlich begründet werden. Man lässt während der ganzen Untersuchung den komprimierenden Gegenstand ruhig liegen und untersucht, indem man die äussere Hand darunter schiebt. Macht man die Untersuchung in der Klinik oder im Hause der Patientin, so lässt man zweckmässig schon mehrere Stunden lang vorher (z. B. während der Nacht) einen feuchten Sandsack von 2 kg auf dem Bauche liegen. Die Erschlaffung tritt dann ebenso leicht und vollständig wie beim feuchten Ton ein. Der Schrotbeutel ist bei der Untersuchung manchmal etwas lästig, weil sich der Inhalt zu leicht verschiebt. Die von aussen tastende Hand fühlt am leichtesten, wenn der Druck von aussen andauert. Man fühlt dann — *mollitie, non rusticanis manibus* — oft so deutlich wie in der Narkose und erreicht mehr als durch diese, weil nicht selten durch länger dauernde

Kompression die Konfiguration der Tumoren eine klarere und begrenzte geworden ist, d. h. die Resorption Fortschritte gemacht hat.

Bei nervösen und hysterischen Frauen hält es oft sehr schwer, bezüglich der Schmerzhaftigkeit bei der Untersuchung ins klare zu kommen. Der geübte Untersucher wird allerdings schon durch das vielfach relativ Unmotivierte und Explosionsartige in der Schmerzäußerung auf die richtige Deutung hingewiesen. Sehr nützlich zeigte sich dabei anfangs der vom Verfasser konstruierte Uteruselevator (Abbildung 12), welcher ursprünglich für die Zwecke der gynäkologischen Massage verwertet und empfohlen wurde, um den Uterus bequem nach oben und vorn zu heben (120).

Der in mehreren Grössen vorhandene, abschraubbare, becherförmige Aufsatz wird wie ein Spekulum eingeführt. Nachdem unter Leitung des Fingers die Portio vom Becher aufgenommen ist, werden die an verstellbaren Seitenarmen angebrachten Handgurte unter den Schenkeln der Patientin hindurch nach oben hin von dieser selbst allmählich angezogen. Dabei findet die konvexe Seite der unteren Krümmung eine Stütze am Perineum, so dass der Uterus direkt nach vorn und oben, bis gegen die Bauchwand, gehoben wird. Der Uterus ist dann für die Untersuchung, resp. Massage, direkt zugänglich.

Die punktiert gezeichneten, eventuell einzuschaltenden Zwischenstücke ermöglichen es, dem Becher im konkreten Falle verschiedene Richtungen zu geben.

Ist die Patientin mit dem Instrumente vertraut, so fällt jedes Angstgefühl fort, so dass man mit absoluter Sicherheit feststellen kann, ob Schmerzen bei der Untersuchung (Ballottement) nur auf nervöser Basis beruhen.

Geht man also von den oben berührten, klinisch und pathologisch-anatomisch fest begründeten, diagnostischen Voraussetzungen aus, und nutzt man die Vorteile aus, welche sich aus der Mittelhochlagerung allein oder aus der typischen Belastungslagerung oder aus der Kombination mit der gewöhnlichen Rückenlage ergeben, so wird es in der Mehrzahl der Fälle nicht schwer sein, über die Natur der Affektionen und über ihre Prognose, auch ohne Narkose, ins klare zu kommen. Der Unterschied ist besonders bei jugendlichen Personen mit strafferen Bauchdecken und bei ängstlichen resp. nervösen Patientinnen auffallend.

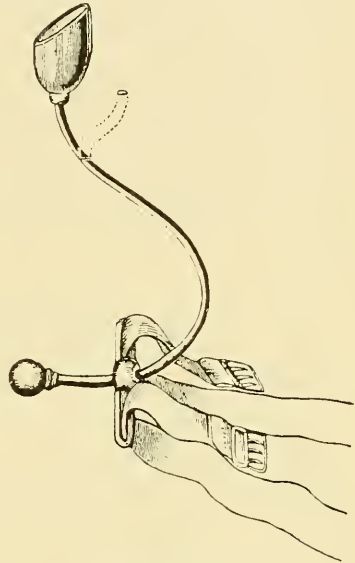


Abbildung 12.
Uteruselevator.

Zweiter Abschnitt.

Indikationen.

Es sind hier zwei grosse Gruppen von entzündlichen resp. exsudativen Affektionen im Becken zu unterscheiden. Allen in Frage kommenden krankhaften Vorgängen ist das absolute chronische Stadium, vor allem also die dauernde Fieberlosigkeit, gemeinsam.

a) Die erste Gruppe betrifft die entzündlichen, namentlich exsudativen Affektionen, welche den Beckenboden erreichen oder ihm nahe liegen, also im wesentlichen parametritische Exsudate, peliocellulitische Prozesse, Exsudate in Douglas usw. Auch gehören hierher solche Erkrankungen der Adnexe und der Beckenserosa, bei welchen ein Tiefstand der Organe, seien dieselben nun fixiert oder nicht, unschwer festzustellen ist.

Alle diese Zustände sind der eigentlichen intravaginalen Belastung unmittelbar zugänglich. Hier soll von der Vagina aus ein Druck ausgeübt werden, welcher als wirkliche „Kompression“ aufzufassen ist. Der Druck von aussen dient mehr als Adjuvans. Bei der Anwendung der intravaginalen Belastung muss die Kranke liegen.

b) Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um Erkrankungen der Adnexe und der Beckenserosa. Die Organe oder ihre „Konglomerate“ liegen in der Hauptsache an den normalen Stellen, sind schwerer von unten erreichbar und dehnen sich in der Ebene des Beckeneingangs, auch wohl mehr nach der Bauchhöhle zu, aus. Oft bestehen Adhäsionen mit dem oberen Beckenrande (Ovarien), mit dem Darm, mit dem Fundus uteri etc.

Diese Zustände sind der eigentlichen intravaginalen Belastung schwer oder zuweilen gar nicht zugänglich. Hier soll von der Vagina aus ein Druck ausgeübt werden, welcher jedoch nicht als eigentliche Kompression aufzufassen ist. Es soll in der Hauptsache nur eine Ruhigstellung und Elevation der kranken Organe erzielt werden, eine „Entlastung“, eine Herabminderung fluxionärer, kongestiver Hyperämie und dergl. Der eigentliche Druck, die „Kompression“, wird von aussen, von den Bauchdecken her, ausgeübt. Der Druck von aussen bildet — natürlich abgesehen vom Planum inclinatum! — das wesentliche, therapeutische Agens, während der eingeschaltete „Widerstand“ die Aufgabe des Adjuvans erfüllt.

Die Belastungslagerung spielt ferner eine wichtige Rolle in der Behandlung der Retroversio-flexio fixata, der Narbenbildungen in der Vaginalwand und ihrer nächsten Umgebung, bei Dyspareunia und verwandten Zuständen u. dergl. m. Das wird im einzelnen dargestellt werden. Ein sehr wesentliches Moment bildet die diagnostische Bedeutung der Methode. Der Wichtigkeit dieses Momentes entsprechend, wird demselben ein besonderer Abschnitt gewidmet werden.

Somit sind die Indikationen im wesentlichen umgrenzt. Es handelt sich durchweg um das ausgesprochen chronische Stadium. Einzelheiten werden am zweckmässigsten, zur Vermeidung lästiger Wiederholungen, bei den Krankengeschichten besprochen.

Es sei gestattet, zur Erläuterung der Indikationen zunächst eine Übersicht über die bisherigen Beobachtungen aus der eigenen Praxis zu geben. Es handelt sich um 282 Beobachtungen von 1886—1903 inkl. Aus der relativ geringen Zahl der Fälle geht schon hervor, dass die Methode in den ersten Jahren, als es sich noch um „Versuche“ handelte, ganz vereinzelt, bei besonders ausgewählten Krankheitsfällen, und auch später meist nur dann angewandt wurde, wenn einfachere Verfahren, bei welchen die Patientinnen weniger vom Arzte abhängen (heisse Irrigationen, Bäder etc.) nicht schnell genug zum Ziele führten. Stets wurde von vornherein auf Heranziehung erprobter Kombinationen (im besonderen auch der Massage und diaphoretischer Methoden) Wert gelegt.

Hinsichtlich der wissenschaftlichen Diagnose folgen wir den Grundsätzen *Freunds* und *v. Winckels*. Es kamen zur Behandlung:

- 32 Fälle von Parametritis (Exsudate und Strangbildungen);
- 43 „ „ Perimetritis (Strangbildungen und schmerzhafte Verwachsungen);
- 59 „ „ Pelioperitonitis (diffuse Form, mehrere Organe beteiligt, Adhäsionen und kleine Exsudate, „Konglomerattumoren“);
- 29 „ „ Perioophoritis — Perisalpingitis (zirkumskriptere Form, nur Ovarium und Tube beteiligt);
- 23 „ „ am Beckenrande fixierten, schmerzhaften, meist vergrößerten Ovarien, 15 mal linksseitig;
- 39 „ „ Retroversio-flexio uteri fixata (26) und mobilis (13);
- 21 „ „ Tubentumoren (absolut chronisches Stadium);
- 12 „ „ bis ins Parametrium reichenden Cervix-laquearnarben;
- 15 „ „ Dyspareunia (davon 8 mal verdickte Ligta. sacrouterina);
- 11 „ „ Myodynia intrapelvica sexualis (Verfasser, 120).

Diese statistischen, im klinischen Teil ausführlich zu erörternden Angaben werden durch die Schlussworte der ersten Festschrift (S. 53) zweckmässig, gleichfalls zur Erläuterung der Indikationen, ergänzt: „Exsudate in den Parametriem oder solche pelioperitonitischer Natur, selbst eigentliche Tubentumoren werden oft überraschend schnell zum Schwunde, oder doch letztere zu einer solchen Rückbildung gebracht, dass zwar keine anatomische, wohl aber stets eine symptomatische Heilung zu konstatieren ist. Adhäsionen, namentlich frischere, werden gelockert, Lageveränderungen des Uterus und der Ovarien werden ausgeglichen oder doch die Möglichkeit ihrer bequemen Rektifizierung herbeigeführt, namentlich, wenn es sich um Verkürzungen und narbige Schrumpfung in der Wand und in der Umgebung der Vagina handelt. So werden besonders Verkürzungen der vorderen Wand ausnahmslos günstig durch die vaginale Kompression, sei es Luftpessar (Luftkolpeurynter) oder

Staffeltamponade, beeinflusst, oft in dem Masse, dass der abdominale Druck als natürlicher Faktor für die Lageverbesserung des Uterus wirksam zu werden vermag.

Und so vermögen wir vielfach das erfreuliche Resultat zu konstatieren, dass die oft von kontinuierlichen, zuweilen nur von intermittierenden, auf die Dauer der Menses beschränkten Schmerzen, geplagten, oft gonorrhöisch infizierten Frauen durch ein bei richtiger Indikation absolut ungefährliches, manchmal wohl etwas umständliches Verfahren aus dem drohenden oder bereits vorhandenen Siechtum der Gesundheit wiedergegeben werden. Und zwar einer Gesundheit, welcher sie selbst durch die glänzendsten Adnexoperationen begreiflicherweise nur in verschwindenden Ausnahmefällen teilhaftig werden. Die „Adnexoperationen“ sind jedoch keineswegs entbehrlich, in der Privatpraxis jedoch glücklicherweise nur in Ausnahmefällen wirklich indiziert. Das sage ich auf Grund meiner eigenen Erfahrung“.

Diese Worte vom Sommer 1897 gelten auch heute noch als Richtschnur für die Indikationen der Belastungslagerung! —

II. Kontraindikationen.

Die typische Belastungslagerung ist absolut kontraindiziert bei allen akuten und subakuten Prozessen. Eine Beckenaffektion muss für unsere Zwecke als subakut bezeichnet werden, wenn die Temperaturen noch bis $38,0^{\circ}$ ansteigen. Will man unliebsamen Misserfolgen und Fehlgriffen aus dem Wege gehen, so muss man in allen Fällen längere Zeit die abendlichen Temperaturen feststellen.

Diese Kontraindikation ist besonders dann zu beachten, wenn zugleich Schmerzen, wenn auch nur intermittierend, vorhanden sind.

Auch bei ganz milde verlaufenden akuten Prozessen darf die Belastungslagerung — d. h. also Lagerung auf dem Planum inclinatum und Kompression — hier keineswegs empfohlen werden. Ist das Peritoneum völlig frei, so wird eine mässige Erhöhung des Bettes von 15—20 cm oft sehr gut vertragen und als nützlich für den günstigen Verlauf der Entzündung erkannt. Sie diene zur Verhinderung und Bekämpfung von Stauungsthrombosen und zur möglichen Paralysisierung des die Resorption deutlich schädigenden Einflusses schlechter Körperernährung. Jedenfalls ist die Kompression, speziell die vaginale, kontraindiziert. In den leichteren Fällen wird auch die komprimierende Eisblase besser durch Priessnitzsche Umschläge ersetzt.

Die Methode ist ferner kontraindiziert, wenn bei an sich chronischen Prozessen während der Menstruation Temperaturerhöhungen zur Beobachtung gelangen.

Wir fanden wiederholt Steigerungen von $0,6$ — $1,3^{\circ}$ C. Auch bei gesunden Adnexen kamen Erhöhungen bis 1° C vor, aber das sind belanglose, seltene Ausnahmen. Es sei an die Untersuchungen von Kersch und Hennig

erinnert, welche Steigerungen von $0,7-1,0^{\circ}\text{C}$, resp. $0,8-1,5^{\circ}\text{C}$ feststellten. Es sind allerdings auch Untersuchungen, welche das Gegenteil feststellten, veröffentlicht worden. Rabuteau z. B. will gefunden haben, dass die Temperatur während der Menstruation um $1/2^{\circ}$ sinkt, dass der Puls langsamer wird, und dass diese Veränderungen 1—2 Tage vorher beginnen, mehrere Tage nach Beendigung der Periode aufhören. Bei Frauen mit kranken Adnexen, wie sie uns hier beschäftigen, muss die Vorsicht doppelt gross sein, weil sehr oft zur Zeit der Menses die Tuben mehr oder weniger anschwellen. Dieses Moment wolle man bei der Kontraindikation ernstlich beachten. Allerdings ist die Menstruation mit Fothergill nicht als ein Vorgang von lokaler Bedeutung zu betrachten, gleich wie die Lehre von der Wellenbewegung (Reinl) und der Periodizität der Funktionen im weiblichen Organismus (v. Ott) geradezu als ein physiologisches Gesetz angesehen werden muss.

Werden Temperaturerhöhungen bei der Menstruation beobachtet, so soll die Belastungslagerung in jedem einzelnen Falle immer erst in Form eines vorsichtigen „Versuches“ verwertet werden. Ein solcher „Versuch“ darf jedoch niemals ambulant unternommen werden; sondern er verlangt unbedingte Bett-ruhe. Dasselbe gelte im allgemeinen von allen überhaupt ersten Versuchen mit der Belastungslagerung! Auch beginne man mit den ersten Versuchen möglichst nach beendigter Menstruation. Das Gleiche gilt, wenn bei der Belastung Schmerzen auftreten. Schmerz und Fieber gleichzeitig bilden eine strikte Kontraindikation: Man höre sofort mit der Belastung auf. Aber in den meisten dieser Fälle darf man die Hochlagerung allein mit bestem Nutzen, auch als rationelle Vorbereitung für die später doch noch heranzuziehende Belastung verwerten. Dies alles gilt namentlich für Tubentumoren, überhaupt für Affektionen in der Beckenserosa.

Die von Funke (S. 266) aufgestellte Kontraindikation: zu enge virginelle und zu enge, resp. zu wenig dehnbare, senil-atrophische Scheide, hat seit Einführung der Quecksilberbelastung weniger Bedeutung, ist auch aus klinischen Gründen kaum von Belang.

Schliesslich ist die Methode kontraindiziert, wenn die wiederholte Belastung negativ bleibt oder gar eine Verschlechterung, z. B. Vergrösserung von Exsudaten, verursacht. — Es soll in einem besonderen Abschnitt: „Die diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung“ ausführlich dargelegt werden, dass es sich in diesen Fällen um eine Eiterung in den Tumoren, dass es sich bei auftretendem Fieber und gleichzeitigem Kräfteverfall um eine sich vorbereitende Perforation handelt, welcher man durch Inzision zuvorkommen muss. Ubi pus, ibi evacua! Dasselbe gilt, wenn die Resorption nur bis zu einer bestimmten Grenze fortschreitet. Es ist dann resorbiert, was zu resorbieren war; in dem Reste befindet sich dann immer ein eitriger Kern, welchen man stumpf präparierend aufsuchen muss. Dieses Aufsuchen des Eiters ist meistens durch die Belastung wesentlich erleichtert worden.

1. Dem Beckenboden benachbarte, oder ihm unmittelbar anliegende Affektionen.

a) Exsudate; deren Überreste resp. Folgezustände.

Das Buch verfolgt eine praktische Tendenz. Es soll unmittelbar an die Ereignisse der Privatpraxis anknüpfen. Deshalb dürfte es zweckmässig sein, nicht etwa die Scheidung in entzündliche Vorgänge des Beckenbindegewebes und solche der Serosa hier durchführen zu wollen. Das würde den Erfahrungen der Praxis nicht entsprechen. Denn eine Kombination der anatomisch zu differenzierenden Formen dürfte klinisch die Regel, ihre isolierte Beobachtung eine seltenere Ausnahme sein, zumal es sich hier in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um langwierige, über längere Zeitspannen sich ausdehnende, pathologische Vorgänge handelt. Es dürfte deshalb zweckmässig und auch klinisch korrekt sein, die Darstellung im allgemeinen mit Zugrundelegung der beiden oben geschilderten Gruppen durchzuführen. Die praktische Heilmethode als solche wird dadurch kaum berührt; wenigstens lassen sich die sich ergebenden Momente in der Darstellung selbst leicht klären.

Die erste Gruppe, die dem Beckenboden benachbarten Exsudationen, werden im allgemeinen am intensivsten durch die Methode beeinflusst. Und wieder sind es die Exsudate mit vorwiegend parametritischem Charakter, welche die besten Erfolge erkennen lassen. Halban schreibt (S. 138): „Infolge der gewöhnlichen Lokalisation der Parametritis am Beckenboden sind auch die Erfolge der Belastung sehr günstige und zwar machten wir die Erfahrung, dass die Erfolge um so schöner, um so auffälliger waren, je schwerer scheinbar die objektiven Veränderungen waren. Gerade in den Fällen, welche am verzweifeltsten aussahen, waren die Erfolge am besten. Das sind jene Fälle, wo der Douglas, die Scheidengewölbe von harten, festen unverschieblichen Massen ausgefüllt sind, welche in ihrer Derbheit an maligne Neubildungen erinnern und den Eindruck hervorrufen, als ob das ganz kleine Becken mit Gips ausgegossen wäre. Gerade in diesen Fällen wirkt die Belastungstherapie ausserordentlich günstig, indem oft schon nach 2—3 maliger Anwendung eine vollständige Änderung im Palpationsbefunde sich ergeben hatte. Die knorpelharte Masse war manchmal einfach verschwunden; der Uterus, der früher in den harten Exsudaten eingemauert war, war beweglich und gut konturiert, die Adnexe, welche nur sehr schlecht zu tasten gewesen waren, wurden deutlich und nahmen allmählich scharfe Konturen an“.

Eine ganz ähnliche Schilderung der Vorgänge wurde wiederholt in früheren Schriften vom Verfasser gegeben. Es seien hier einige charakteristische Beobachtungen angeführt und zwar zunächst wenigstens einige aus den ersten Zeiten der Schrotbelastung.

1. 1889, Nr. 118. Diagnose: Para-Perimetritis exsudativa chronica. Die 36jährige Frau eines Beamten hat 2 Geburten und 2 Aborte durchgemacht. Seit dem letzten Abort (vor 9 Monaten, im 4. Monat) bei welchem die Placenta gelöst wurde, leidet sie an Schmerzen „im Unterleib“ und zeitweise an etwas Frösteln, namentlich zur Zeit der

Menstruation. Muss dann oft 8 Tage im Bett bleiben. Sie wurde wiederholt längere Zeit mit Kompressen und heissen Ausspülungen behandelt. Seit 3 Monaten hartnäckige Verstopfung und anfallsweise auftretende Leibschmerzen.

Konsultation 17. III. 89. Die Untersuchung ergab ein para-perimetritisches Exsudat. Dasselbe ragte bis 4 Querfinger nach oben von der Symphyse, nach beiden Seiten, am stärksten nach links hin, unregelmässig sich ausdehnend, und umgab den Uterus so vollständig, dass nur noch die unterhalb der Spinallinie, dicht hinter der Symphysis stehende, von harten Massen umgebene, unbewegliche Portio vaginalis zu tasten war. Wegen der Straffheit der Bauchdecken wurde zunächst für die Nacht ein nasser Sandsack von 2 Kilo und Hochlagerung (25 cm) angeordnet.

18. III. 89 (im Hause der Patientin) liess sich der Tumor besser umgrenzen. Der Raum zwischen Portio und Beckenwand ist vollständig „ausgemauert“. Es werden zunächst 3 heisse Irrigationen (40° R, 5 Ltr.) morgens und abends gemacht. Da die Temperatur sich nicht über 37,2° erhob wurde am

21. III. 89 ein Schrotbeutel (Gaze) (300 g) eingeführt bei 35 cm Hochlagerung. Von aussen 3 Kilo feuchter Ton. Die vaginale Kompression blieb täglich 3 Stunden, die abdominale dauernd liegen und wurde gut ertragen. Schon am 23. III. fühlte man deutlich die Verdrängung des Exsudates, d. h. die beginnende Resorption: die Portio war von allen Seiten freier, die Massen mehr strangförmig vorragend, der Umfang des Exsudates nach allen Richtungen kleiner. Beweglichkeit kaum beginnend, Uterus nicht tastbar. Am 25. III. 400 g Schrot den ganzen Tag bis zum abendlichen Besuch (6¹/₂ Uhr). Am 26. III. der ganze Tumor beweglich, Uterus schon herauszutasten. Am 29. III. 500 g Schrot, von aussen 5 Kilo Ton. Temperatur dauernd nur 37° C.

30. III. 89. Früh tritt zum erstenmal spontan Stuhlgang ein; bleibt seitdem regelmässig.

2. IV. 89. Uterus und Adnexe deutlich isoliert abzutasten, Exsudatmassen bis auf einen stark vorspringenden harten Strang (an der Portio nach rechts hinten und bis zum Beckenrand) resorbiert. Von jetzt ab täglich morgens und abends heisse Irrigationen (40° R, 6 Ltr.), Temperatur 36,5°. Darauf folgend Belastung 700 g, 2—3 Stunden, etwas schmerzhaft. Der Schrotbeutel wurde von der Patientin selbst entfernt, sobald Schmerzen auftraten.

8. IV. 89. Gesund entlassen.

23. IX. 89. Letzte Untersuchung. Geringe, völlig unempfindliche Strangbildungen rechts und im Douglas, etwas verkürzte Retraktoren. Keine Beschwerden.

2. 1894, Nr. 314. Diagnose: Parametritis chronica exsudativa. 21jährige Handwerkersfrau. Leidet seit ihrer ersten Entbindung (August 1884, Forceps) an Fluor, Schmerzen in der linken Seite; 2—3 wöchentliche starke Menses von 9—11 tägiger Dauer mit Klumpen. Viel Kreuzschmerzen, Schwäche in den Beinen, Schmerzen beim Koitus, beim Wasserlassen. Zu Beginn der Menstruation zuweilen Frösteln. Kein Fieber beobachtet.

Status 5. X. 1894 (nach vorausgeschickter Hochlagerung und abdominaler Belastung; Untersuchung auf dem Planum inclinatum): Grosses parametritisches Exsudat, namentlich links und nach vorn, hinten und oben sich ausdehnend und mit einem Vaginal-Cervixriss unmittelbar zusammenhängend. Die Portio ist rings umgeben von harten, unregelmässigen, zum Teil knotenförmigen, zum Teil auf Druck etwas nachgebenden Resistenzen. An der linken und hinteren Seite der Portio ragt zapfenförmig, von der Grösse und Form eines halben Hühnereies, ein Teil des Tumors frei in die Vagina hinein. Das Exsudat hat den Uterustumor vollständig immobilisiert und ragt nach oben bis über den Beckenrand und über die Hälfte der linken Beckenschaukel hinaus, überall, auch bei Betastung von den Bauchdecken her, hart und unempfindlich. Man kann weder den Uterus noch die Adnexe heraustasten.

Auch hier wurden zunächst zur Prüfung der Reaktion heisse Irrigationen gemacht Temperatur blieb normal. Planum inclinatum 30 cm, intravaginale Belastung 500 g, täglich 6—8 Stunden, abdominale 4 Kilo Schrot (dauernd).

8. X. 94. Der vorspringende Tumorzapfen ist ganz fortgedrückt und an seiner Stelle eine Vertiefung zu fühlen. Vorher und nachher wurden Wachsabdrücke genommen. Intra-vaginal jetzt 650—700 g.

12. X. 94. Täglich 750 g, 4—6 Stunden, 5 Kilo.

15. X. 94. Uterus und Adnexe abtastbar, beweglich, dicke Schwarten bis zum Beckenrande links.

21. X. 94. Durch fortgesetzte Belastung, heisse Bäder und heisse Irrigationen mit diesen folgender bimanueller Massage ist die Besserung soweit vorgeschritten, dass Patientin mit einem Garielschen Luftpessar entlassen wird. Es waren nur noch wenige strangförmige Überreste. Mit der Resorption des Exsudates ging eine ausgezeichnete Involution des vorher subinvolvierten Uterus Hand in Hand, die Menstruation wurde regelmässiger (3—4 wöchentlich) und schwächer (5—6 Tage).

Letzter Bericht am 12. II. 95. Patientin ist beschwerdefrei und gravida.

Es handelte sich hier um eine relativ kurze Zeit bestehende Parametritis traumatica post partum. Daher wohl die geringe Beteiligung der Serosa. Hierher gehören auch zum Teil jene Patientinnen, welche trotz eines grossen Exsudats sich relativ wohl befinden und nur wegen mannigfacher Beschwerden, welche das Gefühl des wirklichen ernstesten Krankseins gar nicht aufkommen lassen, gelegentlich einmal konsultieren. Jeder beschäftigte Gynäkologe wird solche Patientinnen, nach meinen Erfahrungen zu urteilen, gar nicht so selten sehen.

Es hat keinen rechten Zweck noch mehr solcher Krankengeschichten hier anzuführen, zumal diese Fälle mit Schrotbelastung als „typische“ nicht gelten sollen. Typisch ist nur die Belastung mit Quecksilber. Wenigstens zeigen diese und ähnliche Beobachtungen, dass auch die Schrotbelastung gutes zu erzielen vermag. Der Vorzug der Quecksilberbelastung besteht zunächst in der Möglichkeit grössere Gewichte zu verwenden und dann mit einer kürzer dauernden Belastung auskommen zu können. Die Berichte aus der Friendschen Klinik lauteten sehr günstig, aber auch diese Klinik erkannte die Quecksilberbelastung als die bessere an.

Es sei gestattet hier eine Beobachtung von Funke mitzuteilen, welche Ähnlichkeit mit vorstehender Krankengeschichte bietet. Funke (S. 277) schreibt: „Ich habe oben den Ausdruck gebraucht, Exsudate werden zwischen zwei Schrotbeuteln oder zwischen Schrotbeutel und Kreuzbein ausgedrückt wie ein nasser Schwamm. Ich habe beobachtet, dass ein Exsudat, das die hintere Scheidenwand keilförmig vorwölbte, durch dreistündige, vaginale Belastung mit 600 g Schrot derart zusammengedrückt war, dass das Scheidengewölbe seine normale, konkave Gestalt angenommen hatte, das Exsudat war nur noch als eine Platte fühlbar. Die Wirkung war derartig, dass ich an eine Täuschung meinerseits bei der ersten Untersuchung glaubte, als ich aber am nächsten Tage wieder untersuchte, war das Exsudat, allerdings nicht mehr so scharf vorspringend, wieder da. Die Konsistenz des Exsudates war sehr hart, so dass eine Flüssigkeitsansammlung ausgeschlossen war, auch war das Exsudat nicht einfach in die Höhe geschoben. Das Exsudat war subakut entstanden.“

Verfasser konnte solche Beobachtungen in neun Fällen machen. Von vier derselben konnten Wachsabgüsse hergestellt werden, da die Reaktionslosigkeit der Exsudate eine absolute war. Bei allen war die Beobachtung die gleiche, dass nach Anfhören der Belastung das Exsudat wohl wieder die entstandene Delle auszufüllen suchte, niemals jedoch dies bis zum vorher festgestellten Umfange vermochte, so dass also tatsächlich ein Fortschreiten der Resorption, keine blosse Verdrängung, vorlag.

Als für die Belastungslagerung typisch dürfte folgende Krankengeschichte anzusehen sein:

3. 16. II. 1900, Nr. 79. Peri-Parametritis im Douglas und zu beiden Seiten des Uterus. Die 36jährige Kaufmannsrau wurde nach 9jähriger steriler Ehe zum ersten Male vor $3\frac{1}{2}$ Monaten spontan entbunden. Dammriss 4 cm wurde genäht. Im Wochenbett 2 Tage Fieber 38,5. Dann fieberfrei, aber dauernd etwas Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuz und dauernd etwas Blutabgang. Kompressen, Ergotin. Stand nach 3 Wochen auf, trotzdem immer noch etwas Blut abging. Konsultierte am 16. II. 1900 wegen wiederholt auftretender Ohnmachtsanfälle, Schwächegefühl in den Beinen beim Gehen, starker Menorrhagien.

Status: Exsudat zu beiden Seiten des Uterus, das kleine Becken bis über den Beckenrand hinauf ausfüllend, die Vagina überall einengend, hart und kaum druckempfindlich. Der Douglas stark nach unten vorgewölbt und mit über faustgrosser Exsudatmasse ausgefüllt. Auch von der Bauchdecke her liessen sich die harten, an der Oberfläche unebenen und knotigen Massen leicht abtasten. Uterus tiefstehend, Portio unterhalb der Spinal-, vor der Führungslinie, nicht beweglich. Uterus ebenso wie die Adnexe nicht mit Sicherheit abzutasten, an der linken Seite in der Gegend des Beckenrandes druckempfindlich (Ovarium?).

In typischer Weise wurde zunächst die Reaktionslosigkeit festgestellt und hierauf mit der Belastung begonnen. 800 g Quecksilber, 30 cm, 3 Kilo Schrot. Täglich 1—2 Stunden

19. II. 1900: Die Tumoren sind überall kleiner geworden. Uterus deutlich beweglich, höherstehend, Adnexe links oben abtastbar, etwas empfindlich: 1000 g, 30 cm, 4 Kilo. Täglich 1—2 Stunden.

22. II. 1900: Die Tumormassen im Douglas bis auf kleine Reste (dicke Stränge) fort. Links hühnereigross, rechts zwei dicke, derbe Stränge von der Portio zum Beckenrand. Heisse Irrigationen, jeden zweiten Tag vor der Belastung Massage; 1200 g, 30 cm, 4 Kilo. Täglich 3 Stunden.

25. II. 1900. Es sind in der Umgebung des Uterus nur noch einzelne dünne Stränge zu fühlen. Uterus gut beweglich, Ballottement schmerzfrei. Linkes Ovarium etwas vergrössert, am Beckenrande fixiert und druckempfindlich. Patientin wird mit Staffeltamponade (wegen des Ovarium) entlassen und kommt nach 4 Tagen zur Behandlung.

29. II. 1900. Beschwerdefrei; objektiv noch dünne Stränge im Douglas bei künstlicher Antepositio des Uterus zu fühlen. Ovarium noch fixiert aber unempfindlich und von normaler Grösse.

Typisch ist hier die Belastung, der Verlauf, aber auch die Kombination mit heissen Irrigationen, mit Massage und der Staffeltamponade. Man wende nicht etwa ein, dass das kombinierte Verfahren die Möglichkeit der Beurteilung des therapeutischen Wertes der Belastung verhindere. Es steht absolut fest, dass die Belastung das ausschlaggebende und eingreifendste Moment in der Therapie ist. Wenn trotzdem hier Wert auf die Kombination mit längst bekannten und bewährten Methoden gelegt wird, so dürfte das zunächst ein Zeugnis dafür sein, dass Verfasser sich bemühte, möglichst objektiv in der Darstellung zu bleiben. Weiter dürfte daraus der Schluss

gezogen werden können, dass es bei der Darstellung einer neuen therapeutischen Methode keineswegs an erster Stelle darauf ankommt, eine schablonenmäßige Schilderung zu geben, sondern darauf, alle sich in der Praxis ergebenden und darbietenden Umstände zu berücksichtigen, welche das zu erstrebende Ergebnis, also die Heilung von Krankheiten, auf möglichst schnelle und sichere, auch einfache Weise, erreichen lasse.

Hierher sind dann auch die therapeutische Verwertung der Thermophore (Wolff, Dissertation), der elektrischen Schwitzvorrichtungen (E. Kehrler, Klinik Fritsch) oder der Heissluftapparate (Polano u. a.), der Mirtlschen Apparate zur vaginalen Wärmeapplikation (s. Manswetoff und Pflanz), die Lagerungsvorschriften von Beckers und Adler und dgl. m. zu rechnen. Es ist in der Privatpraxis eines einzelnen nicht möglich, all das durchzuprobieren. Denn in der angewandten Medizin gilt mit Recht die alte Wahrheit, welcher Andreas Caesalpinus mit folgenden, treffenden Worten Ausdruck leiht: „Ubi enim de salute humana agitur, non standum unius cujusque judicio, sed eorum, qui auctoritatem longe tempore sibi compararunt, ut juris consulti faciunt, qui in suis judiciis non nisi communem probatissimorum virorum sententiam sequuntur.“ Das ist etwas anderes als Voreingenommenheit, als Kritik ohne Erfahrung, gegen welche Verfasser bekanntlich beim Kampfe um die Atmokaussis und Zestokaussis Front zu machen hatte. Die von Pflanz u. a. empfohlene Mirtlsche Methode zur vaginalen Wärmeapplikation soll als mittelbar zur Belastungslagerung gehörig hier mit einigen Worten beschrieben werden.

Mit Hilfe eines Thermophorkessels beliebig erwärmtes Wasser soll beliebig lange in der Vagina zirkulieren. Der Kessel von 5 Liter Inhalt hat einen Doppelmantel, in welchem Natriumacetat enthalten ist. Derselbe wird in Zwischenräumen von je $\frac{1}{2}$ Stunde 2—3mal mit kochendem Wasser gefüllt, die letzte Füllung wird auf die entsprechende Temperatur abgekühlt und gleich verwendet. Mittelst eines Druckballons wird das Wasser durch einen Katheter à double courant in einen Kolpeurynter und durch einen zweiten Schlauch in den Kessel zurückgepumpt. Der Katheter hat 2 Hähne, durch welche die Füllung des Kolpeurynters in beliebiger Weise reguliert wird.

Eine gewisse Entfaltung des Kolpeurynters ist notwendig, damit er sich allseitig der Vaginalwand anlegt und die Wärmeabgabe durch Vergrößerung der Oberfläche eine möglichst intensive werde. Wie stark der Druck des Kolpeurynters bei nicht genügender Vorsicht werden kann, zeigte sich in einem Falle, bei welchem durch Unachtsamkeit der Patientin ein starkblutender 4 cm langer Vaginalriss entstand. Bei stärkerer Füllung des Kolpeurynters hatten die Patientinnen ein „mässiges Druckgefühl“.

Es handelt sich also hier zweifellos um eine Kombination von Kompression, welche wir oben schon als eine Wirkung des Luftkolpeurynters geschildert haben, mit der Wärme. Deshalb muss man Schauta und v. Erlach durchaus beipflichten, wenn sie die „Nebenwirkung“ der Kompression in den Vordergrund stellten. Schauta sagte, dass hier zwei sich ergänzende Momente zu berücksichtigen seien, die Belastung und die Wärme, „da hier auch der Kolpeurynter als voluminöser Körper stundenlang in der Scheide liege.“

Auch die von Foges (l. c. S. 10f) vorgeschlagene therapeutische Verwertung eines mit einem Irrigator in wechselnder Füllung (Wasser) und

wechselnder Fallhöhe verbundenen Kolpeurynters dürfte hierher gehören. Das sind also alles Adjuvantien, von welchen man im konkreten Falle neben der eigentlichen Belastungslagerung Gebrauch machen kann. Auf jeden Fall würde die Bedürfnisfrage durch Stichentscheid zugunsten der Belastungslagerung entscheiden. Was den Wert einer therapeutischen Methode heben kann, muss unbedingt in der Praxis verwertet werden!

Aber natürlich verlaufen nicht alle Fälle so günstig wie die als Paradigma oben Geschilderten. Es sollen im folgenden auch die weniger günstigen und die misslungenen geschildert werden. Aus diesen gerade lernt man für die praktische Anwendung einer Heilmethode am besten und intensivsten. Die oben genannten Fälle wurden auch noch aus einem besonderen Grunde angeführt. Es ist nämlich in der Literatur (v. Erlach, Fabricius u. a.) die Ansicht ausgesprochen worden, dass die Belastung sich für die grossen Exsudate nicht eigne. Fabricius sagte in der Diskussion zu Halbans Vortrage, dass die Belastung bei kleinen Exsudaten zu versuchen sei, dass aber für die grossen Exsudate, wenn man die Kranken von ihren Leiden bald befreien wolle, nur die Inzision, entweder von den Bauchdecken, oder von der Scheide aus, übrig bleiben. v. Erlach stimmte dieser Auffassung zu. Sehr erfreulich war es, dass R. v. Braun dieser Anschauung entgegentrat, dass er nur langdauerndes oder hohes Fieber als Indikation zur Inzision gelten lasse. Und sehr richtig betonte Schauta im Schlussworte, dass man gerade in den Fällen alter „steinharter“ Exsudate bei operativem Vorgehen mit den „allergrössten Schwierigkeiten“ zu kämpfen habe und nicht selten Verletzungen erzeugt, die auch bei der grössten Vorsicht nicht zu vermeiden sind, während man mit der Belastung schnelle Erfolge erziele. „Gerade für diese Fälle scheint die Belastungstherapie eine Lücke in unserer Therapie auszufüllen.“

In einer Reihe von Fällen versagt die Belastung; entweder vertragen die Frauen die Belastung nicht, was sehr selten, seltener als bei der gynäkologischen Massage, vorkommt, oder aber das Exsudat ist zur Belastung nicht geeignet, es wird nicht kleiner oder gar grösser. Ersteres ist zuweilen subjektiv. Man hüte sich deshalb den Patientinnen von einer „Neuerung“ zu erzählen. Bei unangenehmen Charakteren wirkt das oft im ungünstigen Sinne suggestiv. Das zweite Moment ist von hoher diagnostischer Bedeutung. Denn diese Erscheinung lehrt, dass Eiter, resp. virulenter Eiter, im Exsudat vorhanden ist, dass mithin nicht die Belastung, sondern die Inzision etc. indiziert ist.

Hier für beide Momente einige charakteristische Belege.

4. 1899, Nr. 429. Diagnose: Perimetritis, Pelioperitonitis chron. exsudativa. Die 27jährige Frau eines Juristen stammt aus belasteter Familie (Verwandtenehe, Hysterie, Neurasthenie u. dgl.). Sie leidet seit Jahren (Pubertät) an hochgradiger „Nervosität“. Hat in der Pension stark masturbirt. Seit 3 Jahren steril verheiratet. Im Anschlusse an eine Diszision des Muttermundes (Berlin) erkrankte sie subakut an einem grossen Beckenexsudat, welches bei der ersten Konsultation, am 19. XI. 99, sich in der linken Seite des Beckens, den Uterus nach rechts verdrängend, bis über den Beckenrand

nach oben ausdehnte, aber nur zeitweise grössere Beschwerden machte (Drang auf Urin, Verstopfung, Schmerzen und starke Blutung bei der Menstruation). Die Adnexe beiderseits verdickt und druckempfindlich, links wenig deutlich tastbar. Im Douglas dicke Schwarten und verdickte Retraktoren.

Die Belastung wurde in typischer Weise eingeleitet und wurde gut ertragen. Die Resorption schritt normal vorwärts. — Verf. sprach einmal in Gegenwart der Patientin mit dem Hausarzte über die „neue“ Methode. Schon am nächsten Tage sprach die Patientin davon, dass sie „neue“ Methoden niemals habe vertragen können. Und — das war vorhergesehen worden! — schon am dritten Tage darauf bekam sie Schmerzen in der Seite, welche bei der Belastung sich ins „Unerträgliche“ steigerten, bis sie ihr nach Erforschung des objektiven Befundes, welcher die „Unerträglichkeit“ unbedingt als Übertreibung erkennen liess, — wegsugeriert wurden! Hysterische Stigmata waren nicht vorhanden, aber es handelte sich — Belastung, Anamnese, Milieu — um eine hysterische Konstitution, also um eine hochgradige Schwäche des Nervensystems + gesteigerte Einbildungskraft (Suggestibilität).

Diese Art von Patientinnen sind in der Privatpraxis meist viel unleidlicher als die manifest Hysterischen. Der unangenehme Charakter — allerdings auch oft bei der manifesten Hysterie — ist nicht etwa eine Eigentümlichkeit der Hysterie, sondern eine solche der hereditären Degeneration, der neuropathischen Belastung. Und wiederum tritt die Unleidlichkeit, der Hang zur Unwahrheit, zu Lug und Trug, potenziert in Erscheinung, wenn der Charakter der erblich Belasteten mit hysterischer Konstitution zusammentrifft. Je tiefer die Bildungsstufe, desto leichter unterliegt die Willensstärke.

Die folgenden Beobachtungen Funkes dürften zum Teil gewiss ebenso zu erklären sein:

„Wenn die Leute in Behandlung kommen, dann ist man manchmal erstaunt, dass Leute mit grossen Tumoren fast alle Beschwerden ableugnen, entweder haben sie nun tatsächlich keine, oder sie leugnen sie ab aus Furcht, eine unangenehme Diagnose zu hören; andere, bei denen man nur einen gleichgültigen Befund erhebt, klagen die heftigsten Schmerzen. In der Behandlung ändert sich oft das Verhalten; Leute, die vorher nicht geklagt haben, fangen jetzt an, manchmal mit dem schüchternen Vorwurf, als ob man durch die Behandlung den Zustand verschlimmert hätte, andere haben sich in wenigen Tagen alle ihre Beschwerden wegsugerieren lassen. Am Schlusse der Behandlung sieht man, dass, trotzdem der objektive Befund sich nur wenig verändert hat, doch die Beschwerden völlig verschwunden sind, während man bei anderen grossen Tumoren fortresorbiert hat und die Beschwerden doch geblieben sind. Noch komplizierter sind die Fälle, in denen es sich um hysterische und hypochondrische Frauen handelt.“

Man vermag auch in vielen dieser Fälle eine wissenschaftliche Analyse zu geben, wenn man den Auseinandersetzungen des Verfassers zu folgen geneigt ist. Man suche nach dem Momente der Heredität, der Degeneration, berücksichtige die Anamnese, das Milieu — die ganze Persönlichkeit. Man wolle dies alles sehr beachten, es gilt nicht nur für die Belastungslagerung, sondern auch für andere Therapie, aber bei ersterer vielleicht mehr wie sonst, weil sie viel mit hochgradig nervösen, erschöpften Frauen zu rechnen hat. Es ist auch durchaus keine gleichgültige Sache, denn in der Privatpraxis kommt es auf die Erfolge an, seien sie im konkreten Falle auch einmal nur spekulative.

Noch ein weiteres Moment kommt hier zuweilen in Betracht. Es gibt nämlich Patientinnen, welche sich äusserst „interessant“ vorkommen, wenn neue Heilmethoden zur Beseitigung alter hartnäckiger Beschwerden gebraucht werden, namentlich, wenn es sich um „mechanische“ Methoden, keine medikamentösen (!) handelt. Das sind meist solche Frauen, welche schon alles Mögliche vergeblich durchprobiert haben, von einem Frauenarzt zum anderen gelaufen sind und schliesslich in den populären, modifarbenen Vorträgen der Naturheilapostel landeten. —

Verfasser konnte auch eine Reihe Beobachtungen über solche Exsudationen machen, welche der Belastung hartnäckig trotzten und zur Inzision kamen. Aus diesen konnte eben der „Lehrsatz“ hergeleitet werden, dass sich Eiter in dem Exsudat befindet, wenn die Belastungslagerung erfolglos bleibt. Einige charakteristische Beispiele mögen hier angeführt sein:

5. 1896, Nr. 143. Diagnose: Perimetritis und Pelioperitonitis exsudativa post partum. Die 35jährige Fabrikantenfrau aus G. hat 5mal spontan geboren, zuletzt vor 4½ Monaten. In allen Wochenbetten 8—14 Tage Fieber („Unterleibsentzündung“ kein „Wochenbettfieber“). Bericht des Hausarztes: „Leichte Parametritis in Verbindung mit Verstopfung. In der Anamnese Gonorrhöe“. Seit dem letzten Wochenbett hat sie dauernd etwas Blutverlust gehabt und Stypticin gebraucht. Noch 3 Wochen lang nach dem Aufstehen öfter etwas Frösteln, besonders zur Zeit der Menses, die 2—3 wöchentlich, sehr stark, bis zu 9 Tagen, auftraten. Fieber wurde nicht beobachtet. Gefühl von Tenesmus; Verstopfung; Fluor; wenig Schmerzen. Seit 3 Wochen zunehmende Schwäche. Konsultiert deswegen.

9. IV. 96: Faustgrosses Exsudat links, bis zum Beckenrande, nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vaginalwand, fast unbeweglich. Uterus und rechte Adnexe deutlich palpabel, etwas verdickt. Linke Adnexe nicht palpabel. Die Gegend, in welcher sie gesucht werden, ist sehr empfindlich. Im Douglas zahlreiche feine und gröbere perimetritische Strangbildungen. Es hat hier augenscheinlich bereits eine Resorption stattgefunden.

Es wird zunächst absolute Bettruhe angeordnet und in typischer Weise die Reaktionslosigkeit der Exsudationen geprüft (heisse Irrigationen, Hochlagerung). Weder Fieber noch Schmerz, auch bei Druck keine Steigerung der anfänglichen Empfindlichkeit.

11. IV. 96. 30 cm Hochlagerung und äussere Belastung (2 Kilo) wird wohlthuend empfunden. Kolpenrynter wird gut ertragen.

12. IV. 96. 400 g, 1 Stunde. Status idem.

13.—15. IV. 96. Heisse Irrigation, 500 g, 3 Stunden.

Ohne erkennbaren Erfolg. Durchaus derselbe Befund. Deshalb machte Verf. die Angehörigen und den Hausarzt darauf aufmerksam, dass wahrscheinlich Eiter vorhanden sei, wengleich weder Schmerz noch Fieber auftrat. Von einer Inzision wurde zunächst noch abgesehen, weil kein Fieber war.

18. IV. 96. Nach der Belastung Schmerz und 38,2°.

20. IV. 96. Inzision von der Vagina aus nach vorausgeschickter, negativer Probenpunktion. Mit dem Finger wurde der Kanüle folgend das harte ödematöse Gewebe durchwühlt und schliesslich ein walnussgrosser, etwas mehr nach hinten gelegener Abszess aufgefunden. Innerhalb 3 Wochen nach Ausschabung und Jodoformgazetamponade Heilung.

Die restierenden Strangbildungen wurden in ambulanter Behandlung mit Staffeltamponade und heissen Irrigationen fast völlig beseitigt. Die Frau blieb dauernd beschwerdefrei, trotzdem das linke Ovarium dem linken Beckenrande adhärent blieb. —

Man braucht also durchaus nicht immer eine anatomische Heilung zu erzielen. Der Zweck der Behandlung ist erreicht, wenn die Funktion der Organe mit dem Wohlbefinden der Trägerin harmonisiert. Jedenfalls erreicht

man durch die Belastungslagerung eine Linderung bestehender Schmerzen in den Überresten der Exsudate; man wirkt schmerzlindernd und in vielen Fällen auch lockernd auf am Beckenrande fixierte Ovarien. Verf. verfügt über eine ganze Reihe solcher Beobachtungen. Sie betreffen jedoch in der Mehrzahl Affektionen, welche in der Höhe des Beckeneingangs verlaufen und mit ähnlichen Vorgängen im Zusammenhang weiter unten besprochen werden sollen.

Auffallend im vorstehend berichteten Falle ist namentlich das lange Ausbleiben des Fiebers. Zweifellos wäre durch fortgesetzte Belastung Fieber, d. h. eine Resorption von Eiterdepots, aufgetreten. Mit dem zunehmenden Schmerz stellten sich schon die ersten Anzeichen des Fiebers ein. Der negative Erfolg der Belastung hätte jedoch unbedingt schon genügen müssen, diese Behandlungsmethode für „nicht indiziert“ zu erklären. In allen diesen Fällen soll man inzidieren und zwar um so beschleunigter, je früher Fieber und Schmerz auftreten. Man soll auch der sich spontan vorbereitenden Perforation zuvorkommen. Man erkennt diese aus der klinischen Beobachtung: wenn, auch bei nur mässigen Fieberbewegungen, ein Kräfteverfall eintritt. Man muss auf Grund der im allgemeinen günstigen Erfahrungen mit der Belastungslagerung auch stutzig werden, wenn die Resorption eines Exsudats nur bis zu einem gewissen Grade fortschreitet und dann hartnäckiger Stillstand eintritt. Tritt Schmerz auf, oder wird anfänglicher Schmerz gesteigert, so will das im allgemeinen noch nicht viel sagen, falls man bei der Untersuchung findet, dass anfänglich nicht palpable, weil von Exsudatmassen umgebene, entzündliche Adnexe durch die fortgeschrittene Resorption mehr blossgelegt und nun der unmittelbaren Einwirkung der Kompression ausgesetzt wurden.

Immerhin muss auch dann der Schmerz gleichzeitig mit dem Nicht-Fortschreiten der Resorption stutzig machen. Aber man darf in solchen Fällen bei absoluter Bettruhe zunächst weiter beobachten. Nimmt, wie oft, der Schmerz bei der Belastung, während der Dauer derselben, ab, so ist die Prognose als günstig zu bezeichnen. Nimmt der Schmerz nicht ab, oder wird er gar stärker, so übe man grosse Vorsicht (Thermometer abends), tritt gar Fieber auf, so höre man in der „Privatpraxis“ unbedingt mit der Belastung auf. Wird das Exsudat grösser, so muss unbedingt operiert werden. Bleibt dagegen das Exsudat im früheren Umfang bestehen, so versuche man zunächst mit der Hochlagerung allein, unter Anwendung von Priessnitzschen Umschlägen, eine „Beruhigung“ zu erzwingen. Keinesfalls darf man in diesen Stadien — eigene Erfahrungen! — irgendwelche vaginale Behandlung, auch keine heissen Irrigationen, vornehmen. Es sei nachdrücklichst davor gewarnt. Hört jedoch das Fieber auf, bleibt das Exsudat von derselben Grösse und Konsistenz, so darf man nochmals zunächst unter Benutzung des leicht wieder zu entfernenden Kolpeurynters einen vorsichtigen Versuch mit der typischen Belastungslagerung machen. Man wird in vielen Fällen zum Ziele gelangen. Aber man hüte sich ernstlich davor, bei pelioperitonitischen Prozessen, und

seien dieselben auch nur begleitende, die Resorption mit unserer Methode in jedem Falle erzwingen zu wollen. Auch Verfasser hat einige sehr üble, allerdings schliesslich glücklich verlaufene Erfahrungen gemacht, welche ihm bei etwas weniger Wagemut wohl erspart geblieben wären. Aber wie jedoch schon in der zweiten Festschrift (S. 39) mitgeteilt wurde, kam es nur in vier Fällen — davon wohl zweimal „infolge der Behandlung“ — zur Inzision: dreimal von der Vagina aus, einmal oberhalb des Lig. Poupartii. Deshalb muss man immer wieder die treffenden Worte von Fritsch beherzigen, dass die Methode „bei guter Beobachtung keinen Schaden, bringt“.

Bei guter Beobachtung ist die Belastungslagerung vorläufig wohl die beste und wirksamste therapeutische Methode bei den in Frage kommenden Affektionen.

Recht langwierig, und vielleicht zuweilen auch negativ, gestaltet sich das Verfahren bei Exsudationen, welche zwar dem Beckenboden benachbart, wenn auch manchmal etwas exzentrisch, gelegen sind, welche aber wegen ihrer Verbindung mit Appendicitis unvorhergesehenen und heftigen Exazerbationen ausgesetzt sind. Bei zwei derartigen Beobachtungen versagte die Belastungslagerung, wenigstens lag in der Dauer der Behandlung, $3\frac{1}{2}$ und 4 Monate, keine Empfehlung für die Methode. Allein, in solchen Fällen kann ja von einer regulären Behandlung kaum die Rede sein, solange die Causa proxima aut remota bestehen bleibt. Aber auch in solchen Fällen muss die Belastungslagerung als eine willkommene Ergänzung unserer bisherigen Heilverfahren anerkannt werden. Erst vor kurzem konnte Verfasser sich davon überzeugen. Die Beobachtung bietet jedoch nichts besonders Charakteristisches gegenüber den mitgeteilten. Es dürfte lehrreicher sein, hier einen Fall aus der Ols-hausenschen Klinik anzufügen, welcher den Wert der Methode im konkreten Falle erkennen lassen dürfte, wengleich der Zusammenhang mit einer Appendicitis nur als wahrscheinlich bezeichnet werden kann. Auch dürfte es zweckmässiger sein, die Berichterstattung in therapeutischen Dingen, wie hier, nicht allzu subjektiv, d. h. ausschliesslich an der Hand eigener Erfahrung, zu gestalten.

Wolff schreibt in der Dissertation (S. 32) in Ergänzung der S. 18—20 ausführlich berichteten Krankengeschichte, welche hier aus Raummangel nicht mitgeteilt werden kann, folgendes:

„Ein schönes Beispiel für die prompte und rasche Wirkung bei alten und keine Therapie weichenden Exsudaten bildet der 6. Fall. Es war, im Anschluss wahrscheinlich an eine Blinddarmentzündung vor 6 Jahren ein Exsudat entstanden und hatte der Patientin seitdem dauernd Schmerzen und häufiges Krankenlager verursacht. . . . Auch bei ihr wurden jahrelang von verschiedenen Ärzten die verschiedensten Resorptionsbehandlungsarten versucht ohne viel Erfolg. Schliesslich wurde ihr eine Operation vorgeschlagen. Bei der Aufnahme fand sich ein grosses, das kleine Becken fast völlig ausfüllendes und vorn die Symphyse handbreit überragendes Exsudat von ziemlich harter Konsistenz. Nach 13 maliger Belastung waren bei der Entlassung aus der Klinik nur noch um das Rektum herum und zur Seite des Uterus kleine umschriebene Reste zu fühlen. Die Hauptsache war, dass das subjektive Befinden der vorher dauernd kranken und von Schmerzen geplagten Patientin ein ausgezeichnetes geworden war und auch blieb, wie sie selbst bei späteren Vorstellungen

rühmend hervorhob. Der Stuhlgang, der früher nie ohne Einlauf oder Medikament und nie ohne die grössten Beschwerden erfolgt war, erfolgte schon nach der dritten Belastung spontan und ohne Schmerzen und blieb normal. Es muss noch hervorgehoben werden, dass die Behandlung der Patientin in der Klinik ausschliesslich in der Belastung bestand. Der günstige Erfolg gerade in diesem Falle steht im Widerspruch mit den Erfahrungen von Pincus, der berichtet, dass ganz besonders hartnäckig, auch der Belastungstherapie, die Exsudate trotzten, welche mit einer Affektion des Blinddarmes zusammenhingen.“

Der Erfolg ist in der Tat beachtenswert. Unsere eignen Fälle verliefen nicht so günstig. Hier war aber der Zusammenhang mit der Appendicitis wohl noch etwas unmittelbarer und neueren Datums. Gleichwohl, diese und ähnliche Fälle sind wichtig für die Beweisführung, für die praktische Brauchbarkeit einer neuen Heilmethode. Man muss auch, und nicht an letzter Stelle, das Ungünstige berichten. Auch die mitgeteilten und mitzuteilenden eigenen Krankengeschichten sollen für den Praktiker teils allerdings die Belastungslagerung im engeren Sinne, teils jedoch gerade ihre Kombinationen, z. B. mit heissen Irrigationen u. dgl., zeigen. Man darf in therapeutischen Dingen nicht einseitig sein und zur Einseitigkeit verleiten, wenn eben festgestellt ist, dass die Belastungslagerung allein für sich ein vorzügliches Heilverfahren darstellt, in Verbindung mit Adjuvantien im konkreten Falle unter Umständen jedoch noch schneller und günstiger einwirkt. Man wird z. B. bei harten Strangbildungen immer schneller zum Ziel gelangen, wenn dieselben vor der Belastung, sei es durch Bäder, sei es durch Irrigationen, ein wenig aufgelockert wurden. Jedenfalls soll man das versuchen.

Es sei gestattet hier in Ergänzung der eigenen Erfahrungen kurz resumierend über ähnliche und gleichartige aus der Ols hausenschen Klinik zu berichten. Wolff schreibt (S. 33):

„Die Geschwindigkeit, mit der unter der Belastung die grössten Exsudate oft verschwinden, so dass, wie Funke sagt, oft der Verdacht auf Täuschung besteht und es den Eindruck macht, als sei das Exsudat ausgedrückt wie ein nasser Schwamm, wird sehr gut durch die (zuvor in ausführlichen Krankengeschichte mitgeteilten, Verf.) Fälle 1 bis 3, 8, 12 und 13 demonstriert. In dem ersten Falle war nach 6maliger Belastung von einem bis 2 fingerbreit unterhalb des Nabels reichenden, harten und das kleine Becken in seinem oberen Teil fast völlig ausfüllenden, sehr schmerzhaften Exsudate nur noch ein ganz wenig empfindlicher Strang hinter dem Uterus und seitlich eine etwa gänseeigrosse Masse übrig geblieben. Es kann eingewendet werden, dass ja oft auch einfach unter Bettruhe, Umschlägen etc. grosse Exsudate sehr rasch wieder verschwinden, dagegen muss auf den 3. Fall aufmerksam gemacht werden. In diesem Falle wurde die Patientin in der Klinik selbst zuerst 3 Wochen lang mit Bettruhe und Thermophorumschlägen (s. oben) behandelt, während welcher Zeit zwar die Schmerzhaftigkeit sehr abnahm, das Exsudat sich aber nur wenig verkleinerte. Nach nur 5maliger Belastung waren die Exsudatmassen schon erheblich geringer geworden (500—1200 g vaginal, 1000—2000 g abdominal und weiter je 1¹/₂ Stunden) nach weiterer 5maliger Anwendung nur noch im Douglas Reste von geringem Umfange zu fühlen. In ähnlich eklatanter Weise wirkte die Belastung in den Fällen 2, 8, 12 und 13. Gewöhnlich konnte schon nach 2—3 Belastungen der vorher mit Massen verbackene Uterus abgegrenzt und in seiner Lage festgestellt werden, allmählich wurde er dann beweglich und auch die Adnexe traten hervor. Auch kamen dann häufig erst andere, vorher versteckt gewesene Affektionen, Adhäsionen, Schwarten, Adnextumoren etc., wie es auch Funke und Halban (auch Verf.) beobachtet haben, zum Vorschein.

Halban hebt hervor, dass bei den parametritischen Exsudaten sehr häufig die objektive Besserung grösser gewesen sei, wie die subjektive, d. h. dass die Beschwerden der Patientinnen nicht in dem Masse gebessert seien, wie es nach dem Schwunde der Exsudate zu erwarten gewesen wäre. Im Gegensatz hierzu war gerade in den beobachteten Fällen, auch wenn die Beseitigung der Entzündungsprodukte wegen Kürze der Behandlung nicht ganz vollendet war, das subjektive Befinden in der Regel beim Verlassen der Klinik ein ausgezeichnetes. Ganz besonders rühmten einige Patientinnen, dass nun der Stuhlgang spontan und ohne die früheren Schmerzen erfolge.“

Diese Ausführungen bieten dem Verfasser willkommene Gelegenheit zu einigen praktisch nicht unwichtigen Bemerkungen, welche an eigene Beobachtungen anknüpfen. Zunächst sei bemerkt, dass auch in der eigenen Praxis zahlreiche wechselnde Beobachtungen gemacht werden konnten.

In 29 Fällen, also ca. 10 0/0, musste die Behandlung ganz (3,8 0/0) oder vorübergehend aufgegeben werden, weil Schmerzen und Fieber auftraten. Es waren alle Formen der Exsudate und deren Folge- oder Begleiterscheinungen, Parametritis, Perimetritis, Pelioperitonitis, zirkumskripte und diffuse Formen, auf ein oder mehrere Organe beschränkt etc., beteiligt.

In 23 Fällen von Erkrankungen der Beckenserosa trat volles, subjektives Wohlbefinden ein, trotzdem noch ausgedehnte Adhäsionen vorhanden waren; nur in fünf dieser Fälle wurde schliesslich noch Massage angewandt (wegen Sterilität), ohne dass es gelang, die Reste vollkommen zu beseitigen. In sechs Fällen war objektiv „Heilung“ eingetreten; es war nichts Pathologisches mehr zu fühlen; trotzdem bestanden Schmerzen weiter. Augenscheinlich handelte es sich nicht um Adnexveränderungen, sondern um zirkumskripte Pelioperitonitis, welche auch durch Exstirpation der Adnexe schwerlich geheilt worden wäre. Fortgesetzte heisse Irrigationen, Priessnitzsche Umschläge, Belladonnasuppositorien brachten schliesslich Besserung. Auch wurde mit Erfolg in einem Falle ausgedehnter Gebrauch von der Kniebrustlage (im Hause der Patientin) gemacht.

Die Methode verlangt in der Anwendung volle Sachkenntnis und ernste Vorsicht. Dann leistet sie vortreffliches. Es muss hier jedoch ausgesprochen werden, dass zweifellos ein erheblicher Prozentsatz der misslungenen Belastungen in einer Klinik, bei kollektiver Verantwortung, erfolgreich hätte weiter behandelt werden können. Das sind die Imponderabilien der Privatpraxis, welche keineswegs vernachlässigt werden dürfen.

Das subjektive Befinden steht meistens im Einklang mit der objektiven Besserung, namentlich nach der Resorption der vorwiegend parametritischen Exsudationen, wenn die Prozesse noch nicht gar zu lange, d. h. jahrelang, bestanden. Mit anderen Worten: gelangt die parametritische Affektion zur Rückbildung, bevor die Serosa nennenswert mitbeteiligt wird, wie das bei langem Bestehen kaum jemals ausbleiben dürfte (Sektionen!), so wird auch das subjektive Befinden ein gutes sein; sind jedoch zahlreiche und ausgebreitete Veränderungen auch auf der Serosa vorhanden, so wird nach der Resorption das subjektive Befinden eher schlechter, bis auch die Serosa durch die Belastung und Adjuvantien gebessert ist. Man muss sich das einfach so vor-

stellen, dass die Serosa in dem Exsudat gleichsam eine Stütze findet, durch dasselbe immobilisiert wird, dass dagegen nach der Resorption die Serosa allen Insulten leichter ausgesetzt wird. Das Exsudat wirkt auf die in ihm verborgene Adnexaffektion oder eine begleitende zirkumskripte Pelioperitonitis oder Perimetritis wie der Kolpeurynter oder die Staffeltamponade: Elevation, Immobilisierung, Kompression. Wird die Kompression zu stark, so können natürlich auch Schmerzen dadurch verursacht werden. Foges z. B. (S. 7) berichtet von einer schweren rechtsseitigen Parametritis und Schwellung beider Adnexe, bei welcher die Schmerzen so stark waren, dass die Patientin dauernd Morphium nehmen musste. Aber schon nach fünf Belastungen (1000 g vaginal, 1500 g abdominal) war die Infiltration „viel geringer“, die Adnexe „deutlicher abzugrenzen“ und die Schmerzen gering. Ebenso sind auch die vom Verfasser beschriebenen Beobachtungen zu deuten, dass nach dem Schwunde der ödematösen Massen Schmerzen auftreten können, wenn die Kompression die zum Vorschein gekommenen entzündlichen Verdickungen etc. in den Adnexen u. dgl. mehr und unmittelbarer erreicht.

Ein weiteres Moment ist die Regelung des vorher verhinderten oder verzögerten Stuhlganges. Es handelt sich hier wohl nur ausnahmsweise um mechanische Momente. Allerdings kommt es ja vor, auch in unserer Praxis konnte das beobachtet werden, dass die Massen des Exsudates im Paraproktium das Darmlumen zusammenpressen. Aber es sind seltene Fälle. Günstig ist dabei die Tatsache, dass die Belastung auf solche tief gelegenen Exsudate ganz besonders günstig einwirkt. Eine 1—2 malige Belastung drückt die ödematösen Massen fort. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich, wie in der Monographie über die Konstipation bereits ausgeführt wurde, um eine Durchtränkung, Durchfeuchtung der Darmwand, um ihre Lähmung, Funktionsunfähigkeit. Durch die Belastung wird nun nicht mechanisch auf den Stuhlgang eingewirkt, wenigstens ist das nicht der Zweck unseres Vorgehens, sondern mechanisch auf das Ödem der Darmwand, das begleitende Symptom der Exsudation. Mit dem Exsudat schwindet das Ödem, mit dem Ödem schwindet die Funktionsunfähigkeit der Darmwand. Und wenn nicht weiter nach oben gelegene Ursachen für die chronische Verstopfung bei grosser Beckenexsudation vorliegen — das muss im konkreten Falle klargestellt werden —, so wird und muss die Belastungslagerung zugleich mit dem Exsudat auch die Konstipation beseitigen. Das wird man immer wieder bestätigt finden.

Von den tiefsitzenden Exsudaten werden neben den paraproktischen besonders die im Douglas liegenden naturgemäss am intensivsten beeinflusst. Denn die Richtung der Belastung geht hauptsächlich der Schwere folgend in fast gerader Linie zum Douglas.

Man kann allerdings bei vorwiegend seitlichem Sitze der Exsudate durch entsprechende Seitenlagerung der Patienten die Richtung der Belastung beliebig ändern, jedoch niemals so vollkommen, dass die Schwere so direkt einwirkt, wie bei der typischen Mittelhochlagerung auf die pathologischen Veränderungen im Douglas. Mögen es nun, wie in unseren eigenen Fällen, vorwiegend peri-

metritische und pelioperitonitische Adnexkonglomerate, oder, was seltener vorkommen dürfte, parametritische Affektionen sein, das ist hinsichtlich der Belastungswirkung ziemlich gleichgültig, wenn man eben von den bereits als bekannt vorauszusetzenden, prognostisch ungünstigeren Momenten in der Pathologie der Serosa absieht.

Günstig wirkt die Belastung auf die von B. S. Schulze sog. Parametritis posterior und auf die Symptome der von W. A. Freund sog. Parametritis atrophicans, welche letztere, an sich nicht gerade häufig, wenigstens nach unseren Erfahrungen, hauptsächlich in der Gegend des Scheidengewölbes zur Beobachtung gelangt. Es wird hier absichtlich zwischen der Wirkung auf den entzündlichen Prozess, die Parametritis posterior, und einer solchen auf die „Symptome“ der Parametritis atrophicans unterschieden. Bei den Verdickungen und Verkürzungen der Retraktoren, selbst auch bei begleitenden perimetritischen Adhäsionen wirkt die Belastungslagerung unmittelbar und mittelbar heilend und bessernd auf die krankhaften Vorgänge durch Druck, Dehnung, Hebung, Immobilisierung, kurz durch Verminderung des Affluxus, durch mechanische Beeinflussung der Ödeme, der Induration. Bei ganz alten Prozessen wirkt sie wiederum lockernd und schmerzstillend. Das muss man in der Praxis beobachtet haben, um diese wohltuende therapeutische Wirkung ganz schätzen zu können. Der Erfolg tritt nicht selten schon nach 1—2 Belastungen (ca. 1000 g, 1—2 Stunden, 35 cm) ein. Man darf mit Sicherheit darauf rechnen, dass man wesentliche Besserung, auch Heilung erzielt, subjektiv vor allem, wenn nur keine Verklebungen von Adnexen im Douglas daneben vorhanden sind. In diesen Fällen erzielt man gleichfalls gute Erfolge, aber die Prognose ist vorsichtig zu stellen.

Es könnten hier eine ganze Anzahl charakteristischer Beobachtungen angeführt werden, aber sie sind weder für die Beweisführung notwendig, noch besonders lehrreich; die klinische und anatomische Sachlage ist auch eine so einfache, dass auf eine Wiedergabe hier im Interesse der Kürze wohl verzichtet werden darf. Bei der zweiten Hauptabteilung dieses Abschnittes bietet sich ohnehin Gelegenheit, diese und ähnliche Verhältnisse zu analysieren.

Nur ein allerdings nur bedingungsweise hierhergehöriger Fall aus der Literatur sei hier angeführt. Er ist insofern besonders lehrreich, als er zeigt, was man bei ähnlichen Verhältnissen, bei hochgradiger, starrer Verdickung der Retraktoren zu erreichen vermag.

7. Waldstein stellte in der Wiener geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft folgenden, hier nur auszugsweise wiedergegebenen Fall vor: „Der Fall war so ausserordentlich schwer, dass der erzielte therapeutische Erfolg die Bedeutung der angewendeten Methode (Belastungslagerung) und ihrer Superiorität gegenüber der Massage beweist. Die 40jährige Frau, IV p., 2 Aborte, litt seit der letzten Entbindung (vor 7 Jahren) an heftigen Kreuzschmerzen, welche seit dem letzten Abort (vor 6 Monaten) von qualvollen, ins linke Bein ausstrahlenden, gehäuft paroxysmal auftretenden Schmerzen begleitet waren. Diese ischialgischen Schmerzen führten zur dauernden Bettlage und zum Kräfteverfall, ohne dass es fortgesetzter interner etc. Behandlung gelang, Linderung zu schaffen. Die gynäkolog. Untersuchung ergab einen durch straffnarbige Schwielen nach links und hinten vollkommen

fixierten Uterus. Die bimanuelle gynäkologische Massage versagte vollkommen. Am 10. I. 02 erste Belastung (500 g, $\frac{1}{2}$ Stunde). Am darauffolgenden Tage fühlte sich Patientin erleichtert, nach 3 weiteren Belastungen hatten die Schmerzen derart nachgelassen, dass sich Schlaf und Appetit wieder einstellten. Der vor der Belastung star fixierte Uterus war in seinem unteren Abschnitt beweglich geworden, die Parametrien waren bis auf einen Narbenstrang im linken Parametrium nachgiebig, aber es bestand noch eine flächenhafte Verwachsung zwischen hinterer Uteruswand und dem Peritoneum des Douglas. Nach vier weiteren Belastungen hatte sich der Zustand derart gebessert, dass Patientin das Bett verlassen konnte und sich bis auf geringe Kreuzschmerzen wohlbefand. Die Schmerzen waren so hochgradig gewesen, dass sich während des Krankenlagers eine typische ischialgische Skoliose ausgebildet hatte.“ Um so bemerkenswerter also der Erfolg.

Auch Verfasser konnte in fünf Fällen schwere neuralgische, durch peri-parametritische Schwielen im Douglas verursachte Beschwerden, welche Ischias vorgetäuscht hatten und infolge der Fehldiagnose vergeblich behandelt wurden, durch die Belastungslagerung heilen. In einem Falle handelte es sich um die Frau eines Kollegen (1899, Nr. 289), welche durch die „Ischias“ zur Morphinistin geworden war. Man mache es sich zur Bedingung in allen Fällen von hartnäckiger „Ischias“ bei Frauen kombiniert zu untersuchen. Und bei positiven Befunden verwerte man die Belastungslagerung. Man wird gute Erfolge erzielen.

Auf die Parametritis atrophicans kann die Belastungslagerung selbstverständlich nur einen symptomatischen Einfluss ausüben. Es wird davon bei der Behandlung der Sympathikusneurosen (s. den betreffenden Abschnitt) die Rede sein.

b) In der Behandlung der Retroversio-flexio uteri (fixata) bildet die Belastungslagerung einen wichtigen Faktor. Wir dürfen noch weiter gehen und sagen, dass sie überhaupt auch in der Behandlung, d. h. zunächst bei der Aufrichtung, der Retroflexio mobilis bemerkenswerte Erfolge zeitigt. Dabei sehen wir hier zunächst noch ganz davon ab, dass wir in der Methode ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel besitzen, um festzustellen, ob eine Retroflexio mobil oder fixiert ist (s. unten Diagnose). Es dürfte wohl nicht überflüssig sein, hier ausdrücklich zu sagen, dass wir, den beachtenswerten Vorschlägen Steffecks (s. auch Diskussion, Bröse u. a.) folgend, zwischen direkten und indirekten Fixationen des Uterus unterscheiden. Bei ersteren ist der Uterus selbst fixiert, bei letzteren durch Verwachsungen oder Erkrankungen der Adnexe, oder der Parametrien, oder beider (oft), in der pathologischen Lage festgehalten. Oft bestehen gleichzeitig direkte und indirekte Fixationen. Das sind zwar im wesentlichen nur wissenschaftliche Fragen, aber sie sind auch in praktischer Hinsicht von Belang, insofern die indirekten Fixationen im allgemeinen der Belastungslagerung besser zugänglich sind, prompter durch letztere beeinflusst und beseitigt werden, als die direkten. Nur wenn die direkten Verwachsungen einen fixen Punkt am Knochen haben, wirkt die Belastung vortrefflich ein. Das bedarf keiner weiteren Begründung.

Wohl jedem Kollegen, welcher sich in Zukunft mit der Belastungslagerung beschäftigen wird, werden Fälle vorkommen, welche überraschend sind: Man hat durch sorgfältige Untersuchung festgestellt, dass es sich um eine Retroflexio mit entzündlichen Komplikationen im Douglas handelt. Um zu erforschen,

ob die intravaginale Belastung ertragen wird, führt man den Quecksilberkolpeurynter ein und schon in der ersten Sitzung wird der Uterus aufgerichtet!!

Dass man solche Beobachtungen verwerten wird und muss, um die Reposition einer Retroflexio uteri zu bewirken, liegt klar auf der Hand. Vor allem hat W. A. Freund diese günstige Wirkung betont. Die intravaginale Belastung wird fraglos in Zukunft das Hauptagens bilden, um eine Retroflexio uteri gravidi aufzurichten. Auch Verfasser kann jetzt über eine bezügliche Beobachtung (1902, Nr. 83) berichten:

8. Der im 4. Monat schwangere Uterus lag retroflektiert tief im kleinen Becken und verursachte Retention des Urins. Nach Katheterisierung der Blase in Seitenlage der Frau gelang die Reposition des Uterus durch eine einzige Belastung von 300 g bis steigend auf 1100 g innerhalb 25 Minuten, ohne jeden Schmerz.

Gerade dieser therapeutische Erfolg bei Retroflexio uteri gravidi dürfte eine der Haupterrungenschaften der neuen Methode sein, eine Errungenschaft von bleibendem Werte, auf welche ausdrücklich aufmerksam gemacht zu haben, ein Verdienst von W. A. Freund ist. Die früheren Versuche mit dem Kolpeurynter, von welchen Halban spricht, haben sich, soweit unsere Kenntnis reicht, in der Praxis nicht einzubürgern vermocht.

Durch die Belastung wird die Aufrichtung in Narkose wohl für die meisten Fälle erfolgreich ersetzt. Sehr treffend sagte Fritsch in dem „Schlusswort“ zu seinem in Aachen gehaltenen Vortrage „über vaginale Kōliotomie“, dass die Belastungslagerung ein „sicheres und elegantes Hilfsmittel“ sei, besonders bei der Retroflexio uteri gravidi.

Dasselbe gilt von der Retroflexio des nicht graviden Uterus, auch von der nicht fixierten, sobald nämlich straffe Bauchdecken, Ungebärdigkeit der Patientin, Schmerzhaftigkeit u. dgl. m. eine Reposition ohne Narkose sehr schwierig oder auch unmöglich macht. Wenn Halban (S. 139) schreibt: „Ausgezeichnete Resultate sind bei den Verlagerungen des Uterus nach rückwärts mit der Belastungstherapie zu erzielen, und ich möchte beinahe glauben, dass dies der dauerndste Erfolg der Therapie bleiben wird“, so gilt dies doch nur cum grano salis. Denn der „dauerndste“ Erfolg einer therapeutischen Methode wird immer der bleiben, bei welchem sie eine wirkliche „Lücke in der Therapie“ ausfüllt. Das ist z. B. der Fall bei der Resorption alter steinharder, grosser Exsudate!

Aber der Wert der Methode bei der Retroflexio ist ein grosser. Das zeigt z. B. die Mitteilung aus der Schauta'schen Klinik, dass seit Einführung der Belastungslagerung bedeutend weniger Repositionen in Narkose notwendig wurden.

Auch folgende Beobachtung des Verfassers dürfte überzeugend wirken:

9. 1899, Nr. 311. Diagnose: Retroflexio uteri III, (? fixata). Perimetritis Cavi Douglasii.

28jährige Beamtin. Wurde vor 3 Jahren mit Forceps entbunden. Fieberhaftes Wochenbett (Ursache?). Seitdem immer Kreuzschmerzen, bis in die Schenkel ausstrahlend (links), Verstopfung, Tenesmus, Menorrhagien.

Wegen der grossen Empfindlichkeit und Unruhe der Patientin ist es trotz vorausgeschickter Entleerung von Blase und Mastdarm nicht möglich ins Klare zu kommen, resp. Aufrichtungsversuche vorzunehmen, zumal auch die Bauchdecken, an sich ziemlich straff, bei der Untersuchung reflektorisch ganz fest kontrahiert werden. Es liessen sich jedoch nach $\frac{1}{4}$ stündiger Belastung des Bauches mit 5 kg Schrot mit der Hand unter dem Schrotbeutel verdickte und schmerzhaft Schwielen hinter dem Uterus und links von ihm erkennen. Die sofort angeordnete Belastung (800 g, $\frac{1}{2}$ Std., 40 cm) wurde ohne besondere Beschwerden vertragen. Nach Entfernung des Kolpeurynters ein völlig veränderter Befund: Fundus uteri oberhalb des Promontorium, lässt sich leicht durch äussere Handgriffe nach vorn ziehen, zumal kein Spasmus in den Bauchmuskeln mehr vorhanden ist. Das sofort eingelegte Hodge-Pessar sicherte die normale Lage nicht ausreichend. Deshalb wurde die Belastung noch an drei aufeinanderfolgenden Tagen (mit Maximum 1400 g, $\frac{1}{2}$ Stunde) durchgeführt. Jetzt blieb der Uterus mit Hodge-Pessar ruhig liegen. Letzte Untersuchung 2. IV. 1901; Patientin geht seit $3\frac{1}{4}$ Monaten ohne Pessar, Uterus liegt normal. Keine Beschwerden. Patientin hat sich nicht wieder vorgestellt.

Natürlich gibt es auch hier keine Schablone. Es geht nicht in allen Fällen so leicht. Das ist in der Pathologie dieser Affektionen begründet. Halban sagt (S. 140): „Durch den Kolpeurynter wird vor allem auf die hintere Vaginalwand ein starker Druck ausgeübt. Die hintere Vaginalwand wird gedehnt und nach hinten gezogen, sie wird infolgedessen auch die Cervix nach hinten ziehen und dadurch wird der Uteruskörper nach vorne in Anteversion gehebelt.“

Das ist gewiss richtig. Aber diese Wirkung ist nicht die einzige, auch wohl kaum die wichtigste, wenigstens nicht bei den Retroflexionen, bei welchen die Belastung (auch hier!) gleichsam eine „Lücke in der Therapie“ ausfüllt. Hier liegt das Körnchen Salz. Verfasser hat einmal (1900, Nr. 41) 11 Belastungen von je 1 Stunde gebraucht, um den Uterus aufzurichten. Es lag in diesem Falle an zu kurzer, vorderer Vaginalwand. Erst als diese durch fortgesetzte Belastung gedehnt war, kam der abdominale Druck ausgleichend zur Geltung, so dass der Uterus anteflektiert liegen bleiben konnte.

Verkürzungen der vorderen Wand der Vagina werden ausnahmslos durch vaginale Kompression, sei es Luftpessar (Kolpeurynter) oder Staffeltamponade, günstig beeinflusst, oft in dem Masse, dass der abdominale Druck als natürlicher Faktor für die Lageverbesserung des Uterus wirksam zu werden vermag. Bei der Quecksilberbelastung tritt diese Wirkung natürlich noch leichter und vollständiger ein. Auch Funke (S. 277) hatte, unabhängig vom Verfasser, dieselbe Beobachtung gemacht: „Sehr häufig sind nur die veralteten Retroversionen in der Weise schwer zu behandeln, dass die vordere Vaginalwand, die durch das lange Verharren des Uterus nach vorn zieht und so ein Umstürzen des Uterus im Ring begünstigt. Gerade dieser Umstand wird durch die Behandlung mit dem Schrotbeutel (und besser noch mit dem Quecksilberkolpeurynter, Verf.) gebessert.“

Man kann aber auch tatsächlich durch direkte Messungen vor und nach der Belastung feststellen, dass die Portio durch die Wanderung nach hinten und oben die vordere Vaginalwand direkt in die Länge zieht. In allen diesen Fällen muss man ganz besonders darauf achten, dass Blase und Mastdarm

entleert sind, damit nicht etwa nach der Belastung sofort wieder die schädliche Wirkung der gefüllten Blase auf den Fundus, des gefüllten Rektum auf die Portio zur Geltung kommt. Man mache es sich überhaupt zur Regel, bei jeder Belastung zuvor Blase und Mastdarm zu entleeren. Immer wird eine Erleichterung der Anwendung und eine erfolgreichere Ausnutzung die Folge sein.

Dass die Schautasche Klinik schon nach 2—3maliger vergeblicher Anwendung der Belastungslagerung bei Retroversio weitere Versuche als aussichtslos ansieht (Halban, S. 140), darf nur in der vorstehend begründeten Beschränkung anerkannt werden. Richtig dürfte nur sein, dass man die „direkten“ Fixationen des Uterus, bei Fehlen sonstiger ursächlicher Momente der Verlagerung (zu kurze vordere Vaginalwand!!) nur ausnahmsweise durch die Belastungslagerung zu beseitigen vermag. Aber auch hier kann man durch fortgesetzte Belastung symptomatisch günstig einwirken, d. h. auch bei Fortbestand der Adhäsionen können die Beschwerden schwinden. Mehr wie „beschwerdefrei“ brauchen wir doch solche Kranke nicht zu machen. Im konkreten Falle möge man die Endwirkung durch bimanuelle Massage beschleunigen und vervollständigen. Ein gut sitzendes Thomaspessar tut hier oft die besten Dienste; man nehme jedoch einen dicken Bügel und stark gekrümmte (Olshausen) Formen.

Es sind weniger „die ausgedehnten Fixationen des retroflektierten Uterus“, welche, wie Foges (S. 7) meint, der Belastung widerstehen, als eben die „direkten“, mit dem Uterus oft gleichzeitig nach oben verschiebbaren. Indirekte, namentlich solche mit fixem Punkte, können, auch wenn sie ausgedehnt sind, erfolgreich mit der Belastung angegriffen werden. Verfasser verfügt über 5 bezügliche schöne Beobachtungen. Bei den oben charakterisierten direkten elastischen, „mobilen“ Fixationen haben auch wir keinen anatomischen Erfolg gehabt. Allerdings: der anatomische Erfolg befriedigt den wissenschaftlich denkenden Arzt, für die Praxis ist er nur interessant, der symptomatische Erfolg ist für die Praxis der ausschlaggebende. Deshalb muss dieses Moment in einem Buche mit praktischer Tendenz, wie dem vorliegenden, immer wieder betont werden.

c) Günstig beeinflusst werden ferner Cervixlaquearnarben und Dyspareunia; letztere namentlich, wenn sie ursächlich mit solchen und ähnlichen Narben in der Vaginalwand oder mit Peri-Parametritis posterior, mit verdickten, entzündlichen, geschwollenen Retraktoren (Lig. sacro-uterina) in Verbindung zu bringen ist. Es ist eine auffallende Erscheinung, dass in vielen Fällen gerade die Cervixlaquearnarben, die dicken ins Parametrium hineinziehenden Schwielen, viel empfindlicher sind, als an anderen Stellen vorkommende Narben. Das hängt doch wohl mit der Nähe der oft stark gefüllten oberen Teile des Rektum zusammen. Es liesse sich wohl so erklären, dass hier, solange die Narben noch sukkulenter sind, leichter Bakterien vom Darm aus überzuwandern vermögen. Denn man wolle nicht vergessen, dass in solchen frischeren Fällen auch eine gewisse ödematöse Durchtränkung des

eng benachbarten oder gar angelöteten Darmes stattzufinden pflegt, von welcher oben als ursächlichen Momentes für die Konstipation schon die Rede war. Eine in der Funktion gestörte, ödemisierte Darmwand lässt erfahrungsgemäss Bakterien und deren Produkte durch.

Das soll hier jedoch gewissermassen nur zur Begründung für unsere Beobachtung der Schmerzhaftigkeit und für die Tatsache angeführt werden, dass wir die Cervixlaquearnarben nicht gemeinsam mit den übrigen parametritischen Schwielen, den Überresten der im wesentlichen parametritischen Exsudate besprochen haben, sondern in Verbindung mit eigentlich ganz heterogenen Dingen, mit dem Symptom der Dyspareunia vorbringen.

Die Belastung wirkt hier in den meisten Fällen günstig ein, oft schon nach einmaliger oder wenige Male wiederholter Anwendung. Aber man beginne gleich mit ca. 1000 g, damit man möglichst schnell zum Ziele gelangt, da es sich, wenigstens in unseren Fällen, um sehr nervöse Frauen handelt, bei welchen man jede intravaginale Behandlung möglichst abkürzen soll. Deshalb sind solche Frauen oft für die Massage gar nicht geeignet. Sehr nützlich zeigt sich dagegen die Kolpeuryntermassage, von welcher im Anhang ausführlich die Rede sein soll. Das Moment der „Nervosität“ wurde bei der oben gegebenen Erklärung selbstverständlich berücksichtigt resp. ausgeschlossen. Wir werden auf diese Angelegenheit bei den Sympathikusneurosen (s. diese) zurückkommen.

Es wurde schon oben gesagt, dass bei der „Staffeltamponade“ auf eine Kompression der Gegend des Frankenhäuserschen Ganglion, des Zentralakkumulators für die Genitalorgane, Wert gelegt werden müsse. Die Staffeltamponade wird nach Beseitigung der grössten Empfindlichkeit mit Nutzen auch hier verwertet, da sie seltener erneuert zu werden braucht. Dieselbe Vorschrift bewährt sich mit der Sicherheit eines Experimentes, wenn die intravaginale Belastung bei Dyspareunia einer bestimmten Form zur Anwendung gelangt. Es handelt sich um solche Frauen, bei welchen ein gewisser Grad von Hysterie, wenigstens die hysterische Konstitution, wohl nie fehlt, und welche eine objektive palpable Veränderung nicht bieten. Man findet jedoch bei denselben, wie Funke (S. 179) schreibt: „eine Stelle im hinteren Laquear, so gross, dass man sie mit einem Finger zudecken kann und bei deren Berührung die Kranken laut aufschreien.“ In anderen Fällen findet man auch, konform den Beobachtungen der Strassburger Klinik, Verkürzungen an der Basis des Parametrium der inneren Seite, so dass bei Verschiebung des Uterus sich ein schmerzhafter Strang anspannt.

In allen diesen Fällen — das ist etwas Grundsätzliches in der Therapie — soll man möglichst schnell zum Ziel gelangen. Man belaste beginnend mit 500 g und in derselben Sitzung graduell steigend bis möglichst 1200—1500 g bei 30—35 cm und 2 Kilo von aussen. Stets lasse man die Frauen in der Zwischenzeit einen Luftkolpeurynter tragen oder behandle mit der Staffeltamponade.

Auch bei diesen Affektionen haben wir mit der Kolpeuryntermassage gute Erfolge erzielt. Hierüber und über die Myodynia intrapelvica sexualis im „Anhang“.

2. In der Höhe des Beckeneingangs oder demselben benachbart liegende chronisch entzündliche Beckenaffektionen.

Es handelt sich hier im wesentlichen um Adnexaffektionen, um Konglomerattumoren, um Entzündungen, welche also mehrere Organe gleichzeitig umfassen, so dass eine diagnostische Differenzierung, um mit Fritsch zu sprechen, nur dem phantasievollen, optimistischen Diagnostiker möglich wird, kurz um Pelioperitonitis. Oder aber es handelt sich um Affektionen einzelner Organe, um zirkumskripte Entzündungen der Serosa, um Perisalpingitis, Perioophoritis u. dgl. und recht oft um am Beckenrande fixierte, entzündliche, vergrößerte Ovarien.

Die Organe oder ihre „Konglomerate“ liegen in der Hauptsache an den normalen Stellen, sind schwerer von unten erreichbar. Nicht selten bestehen Fixationen einzelner Teile im Douglas, mehr oder weniger näher dem Promontorium. Auch bestehen oft Adhäsionen mit dem oberen Beckenrande, mit den oberen Teilen der seitlichen Wand des kleinen Beckens. Man fühlt bei der kombinierten Untersuchung oft besonders deutlich vom Rektum aus, und wiederum besonders deutlich in Mittelhochlagerung, sich anspannende, feinere oder gröbere, elastische oder starre, schmerzhaft oder unempfindliche pathologische Anheftungen mit fixem Punkt am Knochen oder mit fixem Punkte an Organen oder deren Konglomeraten, welche wiederum selbst adhären. Man fühlt in anderen, zahlreichen Fällen neben den pathologischen Anheftungen auch die natürlichen Ligamente verdickt, verkürzt, schmerzhaft. Zuweilen gelingt es auch diese Veränderungen als isoliert bestehende zu tasten. Dann handelt es sich gleichsam um zwei fixe Punkte.

Alle diese Veränderungen sind der eigentlichen intravaginalen Belastung schwer oder zuweilen gar nicht zugänglich. Doch seit Einführung der Quecksilberbelastung, seit Verwendung der ganz bedeutenden Schwere lässt sich auch hier vieles erreichen. Im allgemeinen jedoch soll bei diesen, an sich ungemün schwierigen, d. h. anatomisch, klinisch und prognostisch ausserordentlich schwer zu beurteilenden Veränderungen — „typisch“ darf man sagen ist hier die Exazerbation — von der Vagina aus ein Druck ausgeübt werden, welcher jedoch nicht als eigentliche „Kompression“ aufzufassen ist. Es soll in der Hauptsache nur eine Ruhigstellung und Elevation der kranken Organe erzielt werden, eine „Entlastung“, eine Herabminderung fluxionärer, kongestiver Hyperämie u. dgl.

Der eigentliche Druck, die Kompression wird von aussen, von den Bauchdecken her, ausgeübt. Der Druck von aussen bildet neben der Mittelhochlagerung das wesentliche, therapeutische Agens, während der eingeschaltete „Widerstand“ die Aufgabe des Adjuvans erfüllt.

Bei den in der Höhe des Beckeneingangs oder demselben benachbart liegenden, chronisch-entzündlichen, also im wesentlichen Adnexaffektionen, ist der Luftkolpeurynter indiziert. Sie bilden auch die Domäne der Staffeltamponade. Der Quecksilberkolpeurynter ist erst indiziert, wenn die eingetretene Rückbildung und der sonstige ganze Verlauf sie als überhaupt geeignet für die Belastung erkennen lässt.

Man soll hier niemals intravaginal mit Quecksilber belasten, ohne zuvor eine Menstruation abgewartet und festgestellt zu haben, wie die Temperatur sich verhält, wie der ganze Befund sich gestaltet, ob im besonderen Tubenschwellungen u. dgl. auftreten, ob nicht während der Menstruation überhaupt Veränderungen im Umfang der Tumoren sich zeigen, auch eventuell eine Abnahme im Umfang. Alles dies mag im konkreten Falle prognostisch bedeutungslos sein, — gewiss! —, aber für unsere Zwecke sollen derartige Erscheinungen unbedingt als der Therapie, der eigentlichen intravaginalen „Belastung“ ungünstig ausgelegt werden. Die Organe, die Entzündungen und ihre Effekte sollen viel mehr zur Ruhe gekommen sein, sollen keine Schwankungen, kein auf und ab im Status gynaecologicus mehr zeigen, wenn die eigentliche intravaginale Belastung angeordnet werden darf. Solange die beschriebenen Erscheinungen vorkommen, ist auch die plötzliche spontane Resorption möglich, das hat wohl jeder beschäftigte Gynäkologe gelegentlich einmal bei pelio-peritonitischen Exsudationen unter der Einwirkung der menstruellen Hochflut erlebt. Aber solange Schwankungen im Status, sogar Schwankungen in der Temperatur, sei es auch nur während der Menstruation, zur Beobachtung gelangen, können auch einmal ganz spontan, oder infolge von starkem Husten, beim Niesen, beim Lachen, beim Stuhlgang, kurz beim Anspannen der Bauchpresse, unangenehme, gefahrvolle komplizierende Zufälle, Verschlimmerungen, Aufflackerungen, Ausbreitung von Eiterdepots u. dgl. sich ereignen.

Das kommt seltener vor — eigene Praxis! — wenn Bauchbinden getragen, die Zufälligkeit der Bauchpresse nach Möglichkeit ausgeschaltet, die Organe des Beckens im besonderen vom abdominalen Druck etwas entlastet werden. Das kommt seltener vor — eigene Praxis! —, wenn auch von der Vagina aus durch Einschaltung eines Widerstandes, durch Elevation und Ruhigstellung, Immobilisierung der entzündeten Teile ganz in demselben Sinne vorgegangen wird. Und, wenn man beides vereinigt, schafft man die denkbar günstigsten Chancen. Aber, wenn man sorglos diese engumgrenzten und begründeten Vorsichtsmaßregeln vernachlässigt, wenn man unterschiedslos auch bei Adnexaffektionen intravaginal belastet, so wird man, wie auch Verfasser in den ersten Stadien der Entwicklung der Methode, unangenehme Erfahrungen machen müssen.

Das hängt weniger vom Zufall im Zugange des Beobachtungsmateriales ab als bei irgend welchen sonstigen Krankheitszuständen. Es hängt wesentlich mehr ab von der an sich heimtückischen, prognostisch dubiosen, anatomisch begründeten Nähe des Peritoneum. Und nicht an letzter Stelle von der Ätiologie und der Pathogenese dieser uns hier beschäftigenden Verände-

rungen, welche anamnestisch bei Privatpatienten oft, bakterioskopisch in dem uns beschäftigenden Stadium sehr selten noch klargestellt werden kann.

Bei den grossen Exsudaten des vorigen Abschnittes sieht man im allgemeinen viel klarer, wengleich auch bei diesen ernste Vorsicht geübt werden soll. Bei diesen führt ein Misslingen unserer Methode zur Inzision, bei den eigentlichen Adnexaffektionen zur Verstümmelung. Man übe also den vom Verfasser auf Grund reichlicher Erfahrung aus der Privatpraxis anempfohlenen Modus procedendi! Dann wird man gute Erfolge erzielen und die oft noch jugendlichen, gonorrhöisch infizierten, zum Siechtum verurteilten Frauen wieder lebensfrisch und funktionsfähig machen. Letzteres Moment ist ja oft gerade das wichtigste von allen (Fideikomnisse, Majorate!), es veranlasste den Verfasser an erster Stelle, mit Ausdauer und Beharrlichkeit für die Ausbreitung der Methode zu wirken.

Versagt die Methode — es handelt sich um noch nicht zur Ruhe gekommene Depôts —, so ist nichts verloren, wohl aber viel gewonnen. Schon insofern, als man mit grösserer Sicherheit von einer Opération d'utilité oder d'urgence sprechen kann. Auch werden in manchen Fällen der klinischen Praxis, wenn die „Arbeitsunfähigkeit“ drängt, die Konglomerattumoren durch die Belastungslagerung für die schliesslich doch notwendig werdende Operation vorbereitet. Es ist ähnlich wie beim Eduard Martinschen Handgriff (124). Der von aussen auf den nachfolgenden Kopf ausgeübte Druck hat selbst beim Versagen der spontanen Entwicklung dennoch schliesslich den Kopf „expressionsgerecht für den Winckelschen Handgriff eingestellt“.

Auch in allen bisherigen Publikationen über Belastungslagerung wird dieser Umstand erwähnt. Sehr treffend schreibt z. B. Funke (S. 281): „Die Operation war durch vorausgehende Behandlung übersichtlicher geworden. Was zu resorbieren war, war resorbiert worden, der Kern war geblieben und konnte nur mit dem Messer entfernt werden.“

In der Privatpraxis ist man zwar zur Operation bei diesen Affektionen berechtigt, nachdem man die Belastungslagerung vergeblich versucht hat. Aber man möge beherzigen — eigene Erfahrung! —, dass man auch dann, wenn die Resorption bei Adnexaffektionen, speziell bei Tubertumoren, nach vollendeter Resorption der Infiltrate und Exsudate in der Umgebung, zum Stillstand gekommen ist, noch vieles erreichen, die Frauen beschwerdefrei machen kann, wenn man die Überreste durch den Gummikolpeurynter, durch die gleichwertige und oft auch überlegene Staffeltamponade und durch elastische Leibbinden immobilisiert, antiphlogistisch behandelt (Diaphorese!) und Schädlichkeiten (Koitus, Konstipation u. dgl.) fernhält. Auch muss man in diesen Fällen vielfach von der intermittierenden äusseren Belastung Gebrauch machen.

Alle Versuche, die pathologischen Veränderungen vom Rektum aus therapeutisch anzugreifen, sind zurückzuweisen. Es wurde bei uns alles versucht. Weder die heissen Irrigationen, noch der Kolpeurynter wurden vertragen. Die folgenden, wenigstens in unseren Fällen beobachteten Reizzustände im Rektum schaden zweifellos mehr, als die Prozeduren im konkreten Falle nützen können.

Man vermeide es auch vom Rektum aus zu massieren u. dgl. Denn immer muss man sich vergegenwärtigen, dass oberflächliche Läsionen der Mucosa rekti durch Überwanderung von Bakterien und deren Produkte den unmittelbaren Anlass zu Exazerbationen geben können. Dies um so leichter, wenn, wie oft, Adhäsionen mit der Darmwand bestehen. Letzteres zu ergründen gibt es kein besseres Mittel als die Untersuchung in Mittelhochlagerung oder, in extremis, in Beckenhochlagerung.

Wenn irgendwo bei unserer Methode, so gilt gerade hier bei den eigentlichen Adnexaffektionen die von Fritsch für die Belastungslagerung geforderte: „gute Beobachtung“.

Alle vorstehend niedergeschriebenen Empfehlungen und Vorschriften sind an der Hand eigener Erfahrung in kritischer und selbstkritischer Arbeit und unter sorgfältiger Benützung der bezüglichlichen Ergebnisse anderer zuverlässiger Beobachter, Kliniker und Praktiker, welche im Laufe der Jahre in ausserordentlich fördernder und ermunternder Weise an den Verfasser herantreten oder auch gelegentlich seinen Anregungen gefolgt waren, für die Praxis gewonnen worden. Dennoch dürfte es für manchen Leser instruktiv sein, wenn hier noch einige typische Krankengeschichten in möglichster Kürze angefügt werden. Vielleicht dürfte es am zweckmässigsten und für unsere Ziele am überzeugendsten sein, wenn wenigstens einige jener Fälle hier mitgeteilt werden, welche sich durch eingetretene Gravidität nach vollendeter Resorption, durch Funktionsfähigkeit und Funktionstüchtigkeit nach jahrelang bestandener Sterilität auszeichnen. Und von diesen wiederum sollen vor allem drei mitgeteilt werden, bei welchen die bereits vorgeschlagene Exstirpation der Adnexe, resp. Kastration, infolge der Belastungslagerung unterblieb, und einer, bei welcher das linksseitige Ovarium bereits exstirpiert war, das rechtsseitige demselben Schicksal nur durch die Belastungslagerung entging.

10. 1896, Nr. 83. 31jährige Apothekerfrau. Diagnose: Salpingo-oophoritis chron. lat. utr., praecip. lat. sin. Seit 7½ Jahren steril verheiratet. Litt von jeher an heftigen Schmerzen zu Beginn der mässig starken Menstruation. Letztere wurde seit der Heirat unregelmässig 2–5 wöchentlich, stark und sehr schmerzhaft (Morphium). Viel Verstopfung wegen Schmerzen bei der Defäkation. Etwas Fluor. (Mann vor 11 Jahren geringe Gonorrhöe; nichts nachweisbar). Wegen der starken Schmerzen und der Blutungen war Kastration vorgeschlagen worden.

20. III. 96, Untersuchung in Mittelhochlagerung nach Entleerung von Blase und Mastdarm: Uterus steht ein wenig nach links, rechte Seitenkante ein wenig nach vorn. Linke Tube fingerdick, am uterinen Ende noch mehr aufgetrieben und empfindlich, linkes Ovarium taubeneigross und auf Druck sehr empfindlich. Rechte Tube bleifederdick, kaum druckempfindlich. Rechtes Ovarium etwas vergrössert, wenig schmerzhaft. Beide Ovarien fixiert.

Therapie: Planum incl. 35 cm, morg. und nachm. je 2 Std., nachts dauernd mit Priessnitz. Cascara sagrada.

23. III. Empfindlichkeit etwas geringer, sonst Status id.

24. III. Sehr grosse Schmerzen; Beginn der Menstruation. Belladonnasuppos. (Rectum) 0,03. Tuben schwellen nicht stärker an. Kein Fieber. Bettruhe, Priessnitz, intermitt. Plan. incl. Hydrastinin.

31. III. Stat. id. Beginn der eigentl. Behandlung. Luftkolpeurynter, 2 mal tägl. je 2 Std. Pl. incl. 35 cm, 3 Kilo Schrot. Nachts dauernd.

4. IV. Tuben beiderseits abgeschwollen, l. bleifederdick, r. normal. Ovarien kleiner, kaum druckempfindlich, rechts etwas beweglich. Jetzt Staffeltamponade und elast. Leibbinde. Wird noch 2 mal in 4 und 5 täg. Pausen erneuert. Dazwischen 3 Tage Pause wegen oberflächlicher Mazeration der Schleimhaut.

18. IV. Beschwerdefrei entlassen mit der Weisung, während jeder der 3 nächsten Menstruationen dauernd im Bette (Plan. incl. u. Priessnitz) zu liegen und Temperatur zu messen; auch 3 Tage vor und 3 Tage nach der M. Koitusverbot.

Stat. gyn.: Die l. Tube noch etwas verdickt, aber ganz unempfindlich. Stuhlgang ohne Beschwerden, spontan.

3. X. 97. Geburt eines gesunden Kindes am normalen Ende der Schwangerschaft. Vor dem Aufstehen am 18. Tage wurde ein Luftkolpeurynter eingelegt. Desgl. Leibbinde mit Wattepolster. Soll auch jetzt während 3 Menstruationen im Bette bleiben etc. wie 18. IV.

Die Frau ist gesund geblieben und hat noch zweimal geboren (Brief v. 12. I. 04).

11. 1899, Nr. 186. Diagnose: Salpingo-oophoritis chron. lat. utr. Die 24jährige, seit 3 Jahren steril verheiratete Frau leidet seit Jahren und namentlich seit der Heirat an hochgradig schmerzhafter, antepionierender, starker Menstr. (10—12 Tage). Von jeher blutarm und nervös (hat stark onaniert, auch noch in der Ehe!). Starke Koitusbeschwerden, Verstopfung. Untersuchung auf Gonokokken bei beiden Ehegatten negativ.

3. VI. Untersuchung in Mittelhochlagerung: Uterus vergrößert (ca. 9 cm), etwas retrosinistroponiert, wenig retrovertiert, aufrichtbar. Beiderseits sind die Adnexe druckempfindlich, hauptsächlich rechts; Tuben beiderseits etwas verdickt, links fingerdick; Ovarium links über taubeneigross und stark empfindlich, fixiert; rechtes Ovarium etwas vergrößert, sehr schmerzhaft.

Therapie (bis zur Menstruation, welche in ca. 8 Tagen erwartet wird): Plan. inclin. 30 cm, tägl. 3 Std., 9—12, Luftkolpeurynter dauernd; nachts Lagerung dauernd und 2 Kilo Ton. Während der am 9. VI. beginnenden Menstruation absolute Bettruhe; kein Fieber. Hydrastinin, Baldrian, heisse Handbäder. M. verlief weniger schmerzhaft und blutreich.

17. VI. wurde, weil der Luftkolpeurynter gut vertragen war, Staffeltamponade gebraucht; typische Belastungslagerung am Tage intermitt. 3—4 Std., nachts dauernd, 30 cm, 3—5 Kilo Schrot. Wegen der Nervosität der Patientin wurde die Staffeltamponade vom 17. VI.—5. VII. nur 2 mal erneuert.

5. VII. Beide Adnexe, auch bei Druck, unempfindlich. Das l. Ovarium noch etwas vergrößert, aber schmerzlos. Subjektiv beschwerdefrei. Die Verordnung hinsichtlich der am 5. begonnenen und der 3 weiteren Menstruationen: Absolute Bettruhe, Plan. inclin. 3 Tage vor und nachher Koitusverbot.

14. VII. L. Ovarium noch etwas vergrößert. Subjektiv absolut beschwerdefrei.

Letzter Bericht (10. I. 04): „... ich fühle mich sehr wohl und nähre augenblicklich meinen zweiten (!) Jungen, welcher am 9. IX. 1903 geboren wurde“.

12. 1900, Nr. 271. Diagnose: Pyosalpinx lat. dextr.; Perioophoritis lat. sin. 27jährige Kaufmannsfrau, seit 5 Jahren verheiratet, gonorrh. infiziert. Grosse dauernde Schmerzen im Unterleib, Kreuz, Seiten, bis zum Schenkel ausstrahlend. Heisse Irrigationen, Soleduschen u. dgl. brachten keine Linderung; war 2 mal in Franzensbad, 1 mal in Pymont (Moorbäder) ohne Erfolg. Schmerzhaft, unregelmässige Menstruation mit sehr schwacher Blutung; zuletzt 28. IX.; hat in den ersten Jahren nach der Heirat öfter Fieber gehabt, seit mehreren Jahren nicht mehr. Wegen der Schmerzen soll die Geschwulst herausgenommen werden. Patientin kann sich nicht entschliessen. Schlechter Schlaf; Verstopfung; Tenesmus.

Status 4. X. Sehr blutarm, abgemagert, nervös. Liegt vor der Untersuchung, welche in Mittelhochlagerung vorgenommen wird, $\frac{1}{4}$ Stunde mit 1 Kilo Schrotsack: Uterus etwas

vergrössert, Erosionen; hühnereigrosse, nicht empfindliche Pyosalpiux der r. Seite mit Strangbildungen nach dem Beckenrande zu, Ovarium wenig vergrössert; schmerzhaft. L. Ovarium taubeneigross, schmerzhaft, fixiert.

Therapie: Zunächst 3 Tage Luftkolpeurynter mit am Tage intermittierender (je 2 Std. Vor- u. Nachm.), in der Nacht dauernder Belastungslagerung (30 cm, 2 Kilo). Am 1. Tage, während der 2. Belastung Schmerzen, ohne Fieber; wird sonst gut vertragen. Stuhlgang erfolgt nach Herausnahme des Kolpeurynters spontan.

8. X. Staffeltamponade, 4 Tage. Am Tage intermittierend Belastungslagerung, 30 cm, 3—5 Kilo; nachts dauernd 3 Kilo.

Am 9. X. etwas Schmerzen bei der Belastung, kein Fieber. Hohe Eingiessung in den Mastdarm mit Schlundsonde. Es gehen reichliche Massen und Flatus ab.

11. X. Tube noch verdickt, aber kein Tumor mehr. Adnexe durchweg nur wenig empfindlich. Therapie: Belastung (Quecksilber) intravaginal 800—1200 g steigend, 1 $\frac{1}{2}$ Std., dann Luftkolpeurynter. Keine Reaktion. Ferner tägl. je 1 Std. 1000—1200 g; Luftkolpeurynter und Leibbinde dauernd.

14. X. Beschwerdefrei. Spontaner Stuhlgang. Nochmals Staffeltamponade. 22. X.: Menstruation; ohne Beschwerden (Bettruhe, Koitusverbot für später, wie oben).

28. X. Gesund entlassen. Stellt sich am 14. XII. vor. Keine Schmerzen, keine Koitusbeschwerden. Stat. gynaecol. zeigt normale Verhältnisse.

26. I. 02 wurde ein gesundes Mädchen geboren!

13. 1897, Nr. 143. (Oophorektomie 1895) Diagnose: Perioophoritis lat. d. Die 31jährige, seit 9 Jahren steril verheiratete Gutsbesitzersfrau leidet seit Jahren an starken Unterleibsbeschwerden, Schmerzen in der Seite, im Kreuz, „überall“; starke menstruelle Blutungen. Die Schmerzen beim Koitus sind so stark, dass derselbe schon seit 1 $\frac{1}{2}$ Jahren unmöglich ist. Patientin will sich jetzt auch den 2. Eierstock herausnehmen lassen. Wegen der Schmerzen und Blutungen wurde das l. Ovarium 1895 exstirpiert. Seitdem waren die Schmerzen wohl etwas geringer, nicht aber die Blutungen: 3—4 wöchentlich 9—12 Tage. Seit 6 Monaten sind die Schmerzen wieder sehr stark, besonders rechts und hinten. Konstipation.

Status (Mittelhochlagerung) 4. V. 97: Uterus etwas vergrössert, hart, sinistroponiert, durch schmerzhaft Narbenstränge fixiert. Ovarium vergrössert, sehr schmerzhaft, am Beckenrande fixiert und von zahlreichen feinmaschigen Strängen umgeben, welche die Tube umgreifen und bei der etwas forzierten Untersuchung zum Teil sich lockern.

Therapie: 4. V. Luftkolpeurynter, Leibbinde, Bettruhe (35 cm). Wird gut vertragen.

5. V. Dasselbe, 2 Kilo Schrot.

6. V. Dasselbe, 3 Kilo Schrot, wird gut vertragen.

7. V. Staffeltamponade, 3 Kilo Schrot, am Tage 3 Stunden, in der Nacht dauernd; 35 cm.

14. V. Menstruation, 5 Tage ziemlich stark, ohne Schmerzen. Bettruhe.

21. V. Adnexe schmerzfrei, auch auf Druck kaum empfindlich. Patientin trägt noch 5 Tage Luftkolpeurynter und Leibbinde. Entlassung.

22. XI. 4. Monat Gravida.

Letzter Bericht (18. XII. 03): „... meine Frau fühlt sich sehr wohl, leidet aber immer noch an hartnäckiger Verstopfung. Sie wird bald selbst einmal nach Danzig kommen. Unser Kind ist 5 Jahre alt und gedeiht gut.“

Die Krankengeschichten gleichen sich durchweg in den wichtigen Punkten, so dass eine weitere Ausdehnung der Berichterstattung überflüssig sein und auch langweilig werden dürfte. Sie legen durchweg Zeugnis ab von dem vorsichtigen und vorbeugenden Vorgehen in der Privatpraxis. Im besonderen wurde bei allen Patientinnen mit Adnexaffektionen die Menstruation während

und nach der Behandlung sorgfältig überwacht. Denn man ist wohl a priori berechtigt, das Vorhandensein einer gonorrhöischen Infektion anzunehmen, sobald in der Anamnese bezügliche, wenn auch beschönigende Berichterstattung gegeben wurde. Man kann in der Privatpraxis nicht immer erst die vom Verf. (Lehrbuch der Atmokaussis S. 335) allerdings grundsätzlich geforderte, wiederholte bakterioskopische Untersuchung im unmittelbaren Anschluss an die provokatorisch wirkende Menstruation anstellen, wenn es, wie hier, gilt Schmerzen zu beseitigen. Wichtig ist dann aber die vorsichtige Berücksichtigung der Menstruation. Zu keiner Zeit ist eine ursprünglich gonorrhöische Affektion, überhaupt jede Adnexaffektion, so gefahrvoll wie zur Zeit der Menses. Selbst eine scheinbar ganz zurückgegangene Entzündung kann spontan, und nun gar bei unvorsichtiger Behandlung um diese Zeit, plötzlich sich verschlimmern.

Wir alle haben es gesehen, wie ein pelioperitonitisches Exsudat, ein Tubentumor, während der Zeit einer Menstruation spontan verschwinden kann. Der umgekehrte Fall ist der unangenehmere!¹⁾.

Dritter Abschnitt.

Die ambulante Behandlung chronischer, namentlich exsudativer Beckenaffektionen.

An dieser Stelle möge im Zusammenhang ein im vorstehenden wiederholt berührter Gegenstand erörtert werden, dessen Erforschung und Klarstellung Verfasser sich von Beginn seiner praktischen Tätigkeit an mit besonderer Vorliebe widmete: Die ambulante Behandlung chronischer, namentlich exsudativer Beckenaffektionen. Sie gewinnt um so höhere praktische Bedeutung, als es sich einmal um recht langwierige, der Behandlung hartnäckig trotzendes Krankheitszustände handelt, und zweitens in der Mehrzahl der Fälle Gattinnen und Mütter betroffen werden.

Es soll durch die ambulante Behandlung vor allem erreicht werden, dass die Trägerinnen der Affektionen nicht gar zu sehr ihrem Berufe entfremdet oder demselben entzogen bleiben, während sie gleichzeitig auf rationelle Weise der Gesundheit wiedergegeben werden.

Mit Freude durfte Verfasser bereits 1902 im Zentralblatt, bei Gelegenheit der Publikation des herzförmigen Belastungskolpeurynters, schreiben:

¹⁾ Ein hochgeschätzter, ausserhalb des engeren Faches stehender Kollege schrieb dem Verfasser zu Neujahr 1904 in scherzhafter Weise: „Erfinden sie doch einmal ein Instrument oder eine Methode zur Dilatation der verengten oder verschlossenen Tube etc.“ Die Antwort lautete: „Ich schreibe demnächst eine Monographie darüber. Aber ich dilatiere durch Wegräumung der von aussen beengenden Hindernisse.“ Diese Monographie liegt heute vor.

„Der Belastungskolpeurynter hat eine unerwartet schnelle und weite Verbreitung gefunden. Diese Tatsache zeigt nicht nur, dass ein Bedürfnis vorliegt, sondern auch, dass diesem Bedürfnisse auf zweckentsprechende Weise abgeholfen wurde.

Mit anderen Worten: man hat allgemein sowohl das Prinzip der ambulanten Behandlung für ausgesprochen chronische Beckenexsudationen als richtig anerkannt, als auch anerkannt, dass diese ambulante Behandlung vielfach überhaupt erst mit Hilfe des Belastungskolpeurynters ermöglicht wird oder doch durch denselben an Sicherheit und Gefährlosigkeit gewinnt.“

Der Kolpeurynter und seine Modifikationen, speziell die Staffeltamponade, sind also nicht nur für die eigentliche Lagerungsbehandlung unentbehrlich, sondern sie bieten auch — und zwar ganz besonders — die einzige Möglichkeit, chronische exsudative Prozesse im Becken mit bestem und schnellstem Erfolge geeigneten Falles auch ambulant zu behandeln. Gerade dieses Ziel des Verfassers ist von allen Autoren, welche über den Gegenstand gearbeitet haben, übersehen worden. Aber es soll hier nicht nur die ambulante Behandlung hochsitzender chronischer Exsudationen vertreten werden, von welcher in der zweiten Festschrift ausschliesslich die Rede war, sondern auch solcher Exsudationen, welche im eigentlichen Beckenraum sich ausdehnen. Im ersteren Falle erfüllt der Luftkolpeurynter, in letzterem die Staffeltamponade den Zweck,

Diese beiden Faktoren ermöglichen es, die bei den Adnexaffektionen stets und bei den Exsudationen des Beckenbindegewebes recht oft drohenden Exazerbationen, welche nach der Belastung sich zeigten, tunlichst zu bekämpfen. Sie bilden wirksame Methoden, um die mit diesen langwierigen, die Lebensfreude und das Familienglück völlig untergrabenden, bis dahin konservativ so schwer anzugreifenden Adnexaffektionen behafteten Frauen schneller „auf die Beine“ zu bringen, ohne dass die jähen Donnerschläge der Rezidive folgten.

Man erreicht also auch bei den tiefsitzenden Exsudationen, vorwiegend parametritischen Charakters einen prompteren und vollständigeren Erfolg — objektiv und subjektiv —, wenn man ambulant behandelt. Es kommt vor allem darauf an, dass man die kranken Teile immobilisiert. Das erreicht man intravaginal durch die genannten Faktoren, welche oben beim Belastungskolpeurynter eingehend erörtert wurden, durch welche es erreicht wird, dass die Patientin nicht schonungslos und kritiklos der reaktiven, fluxionären Hyperämie nach der erzwungenen Anämie — in ihren Extremen — ausgesetzt wird.

Und die Immobilisierung von aussen, von den Bauchdecken her, geschieht durch feste Einwickelung des Leibes mit elastischen Binden, porösen Gummibinden, oder den sehr angenehmen Picotbinden, nachdem die Verjüngung an der Taille durch eine genügende Unterlage von Wattebinden oder dergleichen, wie es Verfasser (124) für das Wochenbett empfohlen, ausgeglichen ist. Wehren sich die Patientinnen gegen die allerdings etwas lästige Wattepackung, so wird in einzelnen Fällen die Einwickelung mit Heftpflasterstreifen nach Art des Roserschen Nabelverbandes notwendig. In diesen

Fällen sei man auf sorgfältige Hautpflege bedacht. Niemals lege man Heftpflasterkompressivverband an, ohne dass man zuvor die Patientin ein Reinigungsbad hat nehmen lassen. Dann reibe man die ganze zu bedeckende Fläche der Bauchhaut und am Nabel mit Seifenspiritus ab und wasche mit rektifiziertem Spiritus nach. Auf diese Weise bleiben Reizerscheinungen meistens aus. Legt man wie beim Roserschen Nabelverband den Nabel in eine von den Seiten heranzuziehende tiefe Hautfalte, so muss man etwas sterile Verbandgaze mit in die Falte hineinlegen. Die Hautpflege empfiehlt sich übrigens bei jeder länger dauernden Leibbandage. Jedenfalls versäume man niemals in der Praxis, oft mit den Binden zu wechseln, die Haut abzureiben (am besten mit Seifenspiritus) und dann mit Kartoffelmehl dick zu pudern. Man muss auf solche Kleinigkeiten achten. Denn wird die Haut bei der mangelhaften freien Verdunstung und bei mangelhafter Pflege gereizt, pickelig, so verweigern die Frauen die weitere Benutzung der Binden.

Der gute Erfolg der Leibbinden ist nicht ausschliesslich auf die Kompression zurückzuführen, sondern sehr wesentlich auch darauf, dass durch dieselbe der Uterus und seine Anhänge vom intraabdominalen Druck entlastet werden. Mit Recht machte Goodell darauf aufmerksam, dass die Richtung des intraabdominalen Druckes bei veränderter Beckenneigung, wie sie z. B. bei höherem Alter durch die stärkere Krümmung der Wirbelsäule bedingt wird, mehr auf die Weichteile des Beckens und den Beckenboden hinführt. Ganz ähnliche Verhältnisse bilden sich bei Frauen aus, welche lange Zeit infolge akuter Exsudationen im Bett gelegen haben und dann an den chronisch gewordenen Affektionen laborieren. Das zeigt sich nach dem Puerperium (Para-Perimetritis) ebenso wie nach den a priori mehr pelioperitonitischen Entzündungen und Exsudationen (Gonorrhöe usw.). Das fällt namentlich bei den Patientinnen besserer Stände auf. Denn bei diesen ist die Inaktivitätsatrophie der Rückenmuskeln — lediglich durch das Korsett bedingt! — schon im jugendlichen Alter eine bedeutende.

Aber man wird gerade bei den aus dem akuten Stadium hervorgegangenen chronischen Affektionen auf die ambulante Behandlung dringen müssen. Je näher der Beginn der ambulanten Behandlung an das akute Stadium heranrückt, desto vorsichtiger sei man natürlich. Das akute Stadium gelte für unsere Zwecke erst für überwunden, wenn die Frau wenigstens 8 Tage lang völlig fieberfrei gewesen ist. Unter „fieberfrei“ versteht Verfasser die bezüglichen Ergebnisse der Temperaturmessung am Abend! Wenn man das beachtet, wird man trübe Erfahrungen kaum machen. Fieberlosigkeit am Morgen ist in keiner Weise massgebend. Diese abendlichen Temperaturmessungen hat Olshausen von jeher sehr betont.

Auch v. Winckel legte grossen Wert darauf. Verfasser weiss aus eigenen Erfahrungen in der konsultativen Praxis, wie sehr hiergegen oft gefehlt wird. Wer Exsudate, gleichviel welcher Provenienz, behandelt, muss sich die Mühe nehmen, auch oder nur abends zu besuchen oder doch die Temperaturmessung in absolut sichere Hände zu legen.

v. Winckel schreibt: „Man kann, auch wenn das Exsudat noch nicht ganz geschwunden ist, einer Patientin gestatten, das Bett zu verlassen, wenn sie wenigstens 5—6 Tage fieber- und schmerzfrei gewesen, wenn das Exsudat bedeutend kleiner geworden und der übrige Kräftezustand ein befriedigender ist. Tritt aber Temperaturzunahme oder Schmerz ein, oder zeigen sich Schwächezustände, dann muss die Patientin sofort wieder das Bett aufsuchen und eventuell wieder zur Eisblase greifen, und es muss eine gewisse Zeit abgewartet werden, bis unter denselben Bedingungen, wie das erstemal, der Versuch mit dem Aufstehen erneuert werden kann.“

Hier fehlt zwar der ausdrückliche Hinweis auf die abendliche Temperaturmessung. Verfasser darf jedoch als Schüler v. Winckels das Zitat ohne weiteres in diesem Sinne ergänzen.

Solche Zufälle vermeidet man vielfach durch die erwähnte, prophylaktische Einwickelung des Leibes mit elastischen Binden; sicherer noch, wenn man gleichzeitig von der Scheide aus einen gewissen Widerstand einschaltet, wie er oben im Abschnitt „Zur Technik“ des näheren beschrieben wurde. Ein effektiver Druck wird zunächst noch besser vermieden. Durch den Druck von oben und durch den Kolpeurynter in der Vagina soll eben vor allem eine Elevation und möglichst absolute Ruhigstellung der Organe erzielt werden.

Deshalb wirkt dieses Verfahren auch so günstig bei der Subinvolution, der Metritis chronica, welche allerdings nur bedingungsweise hierher gehört. Aber man darf sie hier zur Besprechung ziehen, wenn man mit dem Verfasser die Subinvolutio uteri vielfach als ein Symptom, nicht als eine Krankheit sui generis ansieht, als ein Symptom para-, resp. perimetritischer und allgemein pelioperitonitischer Vorgänge, welche uns im vorliegenden Abschnitt beschäftigen. Wenigstens von dem Materiale des Verfassers war die Mehrzahl der subinvolvierten Uteri mit nachweisbaren, palpablen entzündlichen Vorgängen in den Parametrien und den Adnexen verbunden. Aus gemeinsamer Ursache vielfach hervorgegangen bleibt die Subinvolution die Folge der Komplikation, ein Symptom der komplizierenden Entzündungen. Und gleich wie die Beseitigung einer Retroflexio oft die Vorbedingung für die Heilung perimetritischer Prozesse ist, so bildet die Beseitigung para-perimetritischer, pelioperitonitischer Prozesse überhaupt oft die einzig rationelle Vorbedingung zur Heilung der Subinvolution.

Es gibt hierfür kein besseres Mittel als die ambulante Behandlung vermittelt der intermittierenden Belastungslagerung, während welcher die Patientinnen am Tage 1—2 Stunden liegen müssen, falls man die Anwendung nicht ausschliesslich auf die Nachtstunden (s. Krankengeschichten) beschränkt. Es gibt daneben kein besseres Mittel als die gleichzeitige ambulante Behandlung mit Elevation, Ruhigstellung und Kompression, wie sie oben skizziert wurde. Bei hochsitzenden Exsudationen der Luftkolpeurynter, oder im konkreten Falle (s. oben Technik und Heilfaktoren) die Staffeltamponade, bei tiefer sitzenden Exsudationen die letztere. Zur intermittierenden Kompression nimmt man selbstverständlich den Quecksilberkolpeurynter. Auch unterstützt

man zweckmässig die Resorption durch heisse Irrigationen (täglich 2 mal bis zu je 8—10 Litern von 50—55° C). Diese Sache ist etwas umständlich und lässt sich nicht überall durchführen. Man wird auch ohne sie fertig. Wir erreichen damit jedenfalls eine schnellere „Auflockerung.“ Mit Virchow verstehen wir anatomisch darunter eine leichte Infiltration des Gewebes mit seröser Flüssigkeit, die auf chronischer aber mässiger venöser Hyperämie beruht. Es entsteht so kein eigentliches Ödem, weil hierbei die sich zuerst erweiternden Lymphbahnen noch viel beseitigen können. Je grösser die zur Irrigation verwendete Wassermenge ist, desto grösser ist auch der mechanische und tonisierende Einfluss derselben.

Alles Vorstehende ist direkt der Praxis entnommen. Dennoch wolle man den wiederholten ausdrücklichen Hinweis gestatten, dass im allgemeinen die ambulante Behandlung nur für die ausgesprochen chronischen Exsudate empfohlen werden soll. Hier feiert sie wirkliche Triumphe. Man muss oft erstaunen über den hohen Grad von Abmagerung bei Frauen, welche mit Exsudationen in den Parametrien oder in der Beckenserosa monatelang ruhig zu Bett gelegen haben. Bei diesen sieht man dann zuweilen neben hochgradiger Erschlaffung mit ihren Folgen auch jene Formen der mit der Konvexität nach innen gerichteten Bauchwand, von welcher Braxton Hicks berichtet.

Prochownik hat schon 1882 darauf hingewiesen, dass für die Resorption kleiner Exsudate Bewegung von einem gewissen Zeitpunkt ab besser ist als Bettruhe. Aber es ist nicht allein die von Prochownik erwähnte Erschlaffung der Bauchdecken, welche durch den konsekutiven Meteorismus begreiflicher Weise von sehr schädlichem Einfluss sein muss, sondern auch eine Erschlaffung des Bauchfells, speziell des Beckenbauchfells; eine Erscheinung, welche teils mit der Erschlaffung der Bauchwand ursächlich in Verbindung steht, teils selbständig hervortreten kann.

Wir dürfen uns deshalb nicht wundern, wenn solche Frauen, welche monatelang eines chronischen Exsudates wegen in ruhiger Rückenlage mit Kompressen etc. behandelt worden sind, in der Folge an Wanderniere, Lebersenkungen, Magenerweiterung, Enteroptose, Konstipation hartnäckigster Art, Zerrungsschmerzen, oder an Lageveränderungen der inneren Genitalien, spez. Retroflexio, Descensus ovarii, Antepositio uteri und dergl. leiden. Die resultierende, viel zu wenig beachtete, relative Hyperkinesie des Uterus stempelt solche Frauen bedauerlicherweise sehr oft fälschlich zu „Hysterischen“.

Absichtlich ist hier nur von relativer Hyperkinesie die Rede, denn eine exzessive Beweglichkeit des Uterus in jeder Richtung liegt nicht vor. Man hat unter relativer Hyperkinesie die Folgezustände des Zugrundegehens der Elastizität, resp. der Muskelkraft der Douglasschen Falten zu verstehen, welche lediglich als Inaktivitätsatrophie infolge andauernder, ruhiger Rückenlage angesehen werden muss.

Es ist nun begreiflich, dass die Symptome der relativen Hyperkinesie, welche sich als Lageveränderungen, Zerrungen, ausstrahlende Beschwerden,

Neurosen in den entferntesten Gebieten (Kopfschmerz) charakterisieren, gar leicht bei den durch langes Krankenlager ohnehin willensschwach gewordenen Frauen psychische Anomalien verursachen. Und es ist begreiflich, dass alle diese Beschwerden bei den hysterisch gewordenen Frauen potenziert in Erscheinung treten. Will man nun solche Frauen lediglich als Hysterische behandeln, so wird man infolge Vernachlässigung der Causa efficiens, meinetwegen remota, niemals Erfolg haben.

In der Mehrzahl dieser Fälle handelt es sich um höchst langwierige Formen des Leidens, um chronische Exsudationen von monatelanger Dauer. Und gerade bei diesen soll die ambulante Behandlung in der oben gegebenen Beschränkung angewandt werden. Somit bedarf die wirklich praktische Bedeutung der Behandlungsmethode keiner weiteren Begründung.

Aber auch für die ambulante Behandlung ausgesprochen chronischer Exsudate gelten bestimmte Vorsichtsmassregeln. Man muss in jedem Falle zuerst einen Belastungsversuch in Bettruhe machen, um zu erproben, ob die Reaktionsfähigkeit tatsächlich erloschen ist, und darf durchaus niemals mit dem überhaupt ersten Versuche kurz vor oder während der Menstruation beginnen. Ist die Reaktionsfähigkeit auch während der Menstruation als ausgeschlossen zu betrachten, so darf man im konkreten Falle, zumal bei anämischen Frauen, den zufällig kurz vor Beginn der Menstruation eingelegten Kolpeurynter oder die Staffeltamponade unberührt noch 2—3 Tage liegen lassen. Sind Beschwerden vorhanden, oder zeigt sich während der Menstruation eine geringe Temperaturerhöhung, so muss man unbedingt die intravaginale Kompression unterbrechen.

Es sei gestattet, hier einige charakteristische Beobachtungen zur ambulanten Behandlung anzuführen. Nur das Notwendigste zum Verständnis der Fälle soll mitgeteilt werden.

Typisch ist ein Fall vom 16. Oktober 1901:

14. 16. Okt. 1901, Nr. 293. 24jähr. Beamtenfrau. Seit 3 Jahren verheiratet. Erstes Kind vor 9 Wochen. Hat 4 Wochen mit Fieber wegen Parametritis (Dammriss) gelegen. Herkömmliche Behandlung mit Eisblase, Kompressen; Irrigationen. Sollte Mitte September, nachdem sie 8 Tage völlig fieberfrei gewesen, aufstehen. Rückfall, 8 Tage Fieber, ohne Wachsen des Exsudats. Anfang Oktober wiederum ein Versuch zum Aufstehen, der wiederum misslingt. Fieber, Schmerz, das Exsudat von Kindsfaustgrösse wird etwas grösser. Am 16. Oktober wird nun vom Verfasser ein Luftkolpeurynter eingelegt, der Leib mit Gummibinden eingewickelt. Jetzt gelingt das Aufstehen ohne jede Störung. Die Frau befindet sich wohl. Am 19. Oktober wird der Quecksilberkolpeurynter $\frac{1}{2}$ Stunde und täglich um $\frac{1}{2}$ Stunde ansteigend, bis täglich 2 Stunden (600—1100 g) eingelegt. Dann Luftkolpeurynter und Leibbinde zur ambulanten Behandlung. Das Exsudat verschwand vollständig nach 13 Belastungen. Die Frau ist gesund geblieben.

15. 2. Mai 1887, Nr. 139. 23jähr. Amtsrichtersfrau. Leidet im Anschluss an das erste Wochenbett (vor $6\frac{1}{2}$ Monaten), in welchem sie wegen „Fieber und Unterleibsentzündung“ $4\frac{1}{2}$ Wochen bettlägerig war und mit Eisblase, Umschlägen und Sublimatirrigationen behandelt wurde, dauernd an Unterleibsbeschwerden und unregelmässiger, antepionierender Menstruation von 9—10 tägiger Dauer und zuweilen, namentlich in den ersten 4—5 Tagen, sehr stark an hartnäckiger Verstopfung mit lästigem Stuhl drang und Kreuzschmerzen. Viel

„Aufgeblähtsein des Leibes“. Ziehende Schmerzen in der linken Seite bis herab zum Knie. Ist mehrere Monate mit Massage und heissen Irrigationen behandelt worden. Meist bettlägerig. Status: Hartes, kinderfaustgrosses, parametritisches Exsudat lat. sin., bis heranreichend an einen linksseitigen Einriss der Portio vaginalis. Uterus sinistroponiert und etwas nach links fixiert. Subinvolutio. In Hochlagerung fallen die Därme nicht vollständig nach oben gegen das Zwerchfell, so dass auf Adhäsionen geschlossen werden muss.

Therapie: Bis 11. Mai (10 Tage lang) täglich 1 Stunde 800 g Schrot, nachdem zuvor Blase und Mastdarm entleert sind und zuvor mit 5 l 40° heissen Wassers irrigiert ist. Abdominale Belastung mit 3 Kilo feuchtem Töpferton, Planum inclinatum 30 cm. Wird jedesmal mit fester Gazetamponade und elastischen Leibbinden entlassen und muss nachts dauernd auf der schiefen Ebene (30 cm) liegen mit 3 Kilo Töpferton. Vom 11. Tage an Staffeltamponade, welche noch zweimal nach je 5 Tagen erneuert wird, nachts 2 Kilo Ton. Am 23. Mai war das Exsudat vollständig verschwunden; Uterus gut involviert (8½ cm), freibeweglich. Patientin wird entlassen, muss aber noch 3 Wochen lang Gummibinden um den Bauch tragen und — nachts dauernd, am Tage intermittierend 1—2 Stunden — auf dem Planum inclinatum liegen.

16. 14. August 1889, Nr. 216. 26jähr. Kaufmannsfrau. 8 Jahre verheiratet, 4 Kinder, zuletzt vor 2½ Jahren (schwerer Forceps, Kind 4212 g). Seit dieser Zeit dauernd „unterleibskrank“. Hat seit der ersten Schwangerschaft dauernd an Verstopfung gelitten; viel Rückenschmerzen; oft das Gefühl, als wenn alles herunterdrängt. Hebamme hat „Senkung“ diagnostiziert. Wegen einer „Geschwulst“ war sie zweimal in Franzensbad (Juni 1888 und Juli 1889). Seit dieser Zeit ist ihr etwas freier im Leib, aber die Beschwerden sind nicht ganz geschwunden; namentlich quält der Drang nach unten.

Status: Faustgrosses, ganz hartes, völlig reaktionsloses parametritisches Exsudat der linken Seite; augenscheinlich in ursächlicher und anatomischer Verbindung mit einer Narbe der linken und hinteren Wand der Vagina (Forceps!). Adnexe nicht beteiligt.

Therapie: Ambulante Belastung. Täglich 2—3½ Stunden 500 g Schrot in Hochlagerung. Darauf Gazetamponade und elastische Leibbinde. Liegt täglich 3 Stunden auf dem Planum inclinatum. 30 cm; nachts dauernd (25 cm) mit 3 Kilo Ton. Nach 12tägiger Behandlung (27. August) entlassen. Vom Exsudat nichts weiter nachweisbar, als eine straffe empfindliche Resistenz, welche von der Narbe ausgeht und den Kern des Exsudates darstellt. Patientin wird nach 3 wöchentlicher Pause in der Behandlung noch 12 Tage lang mit 800 g Schrot behandelt (2 Stunden; 35 cm). Manuelle Massage des Stranges, heisse Irrigationen. Am 1. Oktober einmal Staffeltamponade, welche 6 Tage liegen bleibt. Nach Herausnahme oberflächliche Mazeration, gegen welche Borsäure eingepudert wird. Vom Strang ist nichts mehr zu fühlen. Keine Beschwerden.

17. 23. Februar 1892, Nr. 93. 21jährige Offiziersfrau. Im Anschluss an das erste Wochenbett (vor 1½ Jahren), welches mit geringem Fieber (3 Tage) verlaufen war, leidet Patientin an Schwäche des linken Fusses und ziehenden, ausstrahlenden Schmerzen in der Hüfte. Schmerzen im Kreuz und beim Stuhlgang. Viel Meteorismus. Ist sehr matt und schlaff; hat 5 Monate wegen eines „entzündlichen Exsudats“ fast stets im Bett gelegen. Konnte wegen Schmerzen beim Gehen und Auftreten nicht aufbleiben. Fieber ist während der ganzen Zeit nicht beobachtet worden.

Status (Untersuchung in Hochlagerung und nach vorausgegangener Schrotbelastung): Kinderfaustgrosses peri-parametritisches Exsudat lat. utr., praecip. lat. sin. Ovarium links taubeneigröss und am Beckenrande fixiert. Rechte Adnexe anscheinend nicht beteiligt.

Therapie: 2 Stunden Schrotbelastung (600 g; 3 Kilo Ton; 35 cm). Darauf Luftkolpeurynter intravaginal und elastische Leibbinde. Schon nach der ersten Belastung und Einwirkung subjektiv beschwerdefrei. Muss täglich 1—2 Stunden gehen und unter sachverständiger Anleitung heilgymnastische Übungen machen. Patientin liegt nachts dauernd 30 cm hoch, mit Luftkolpeurynter (Garielsches Luftpessar) in der Vagina und 2 Kilo Schrot auf dem Unterleib. Der Tumor verkleinerte sich schnell, das Ovarium wurde un-

empfindlich, blieb jedoch fixiert. Vom 10. März ab noch zweimal Staffeltamponade von je 5 tägiger Dauer. Dazwischen 2 Tage heisse Irrigationen. Stellte sich am 14. Juli als gesund (beschwerdefrei) vor. Ovarium war noch fixiert aber völlig unempfindlich. Patientin nimmt in Zoppot kalte Seebäder.

18. 18. Mai 1896, Nr. 143. 34jährige Fabrikantenfrau. 6 Kinder, zuletzt vor 3 Jahren. In jedem Wochenbett Fieber 8—10 Tage, immer übelriechender Fluor. Hat nie selbst genährt, weil immer matt und blutarm. Leidet seit 3 Jahren an Schwere im Unterleib, Kreuzschmerzen, ziehenden und stechenden Schmerzen im Unterleib, Drang auf Urin, „Ischias“. Unregelmässige Menstruation, $2\frac{1}{2}$ —3—5 wöchentlich, 3—9 Tage; im letzten Jahre zweimal je 12 Tage lang mit nur 2 Wochen Pause. Schmerzen beim Koitus. Hat jetzt fast 4 Monate lang andauernd gelegen, weil die Schmerzen beim Aufstehen oft „unerträglich“ wurden. Patientin ist sehr matt und muskelschwach.

Untersuchung in Hochlagerung ergab: Peri-Parametritis lat. sin.; faustgrosser, harter, auf Druck etwas empfindlicher Tumor, mit welchem auch die etwas verdickten Adnexe verlötet sind. Es wird zunächst ausschliesslich das Planum inclinatum angeordnet (vorm. und nachm. je 2 Stunden, nachts dauernd 30 cm). Kompression mit Schrotbeutel wird zunächst nicht vertragen. Dagegen wird die elastische Binde als sehr wohltätig empfunden. Am 6. Tage wird die Kompression von aussen gut ertragen, die intravaginale Kompression macht Schmerzen. Aber Patientin befindet sich ohne Beschwerden dauernd ausser Bett und in ungestörter ambulanter Behandlung. Nachdem die Menstruation abgewartet worden (schmerz- und fieberfrei!) wird auch die intravaginale Belastung gebraucht und die Frau mit Garielschem Luftpessar und elastischer Binde ohne jede Reaktion weiter behandelt. Die Beschwerden hörten völlig auf.

4. Juni: Geschwulst bis auf Nussgrösse geschwunden, Adnexe leicht isoliert tastbar. Unter intravaginaler Schrotbelastung (täglich 2 Stunden, 850 g) abdominaler Belastung 5 Kilo Ton, bei 30 cm Hochlagerung ist die Patientin bis zum 12. Juni von der Geschwulst und den langjährigen Beschwerden ganz befreit. Sie soll zu Hause noch gymnastische Übungen machen und nimmt im August Reitunterricht.

Bericht vom 14. September aus Berchtesgaden: „... ganz gesund und sehr gut zu Fuss; ich habe viele grosse Bergtouren mitmachen können!“

19. 28. Jan. 1892, Nr. 39. 31jährige Hauptmannsfrau. Steril. Leidet seit 6 Jahren an starken Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend, namentlich zur Zeit der Menses. Sollte wegen einer Geschwulst operiert werden, konnte sich nicht entschliessen. Hat vom 18. Oktober bis 9. Januar 1902 dauernd im Bett gelegen und wurde mit heissen Irrigationen und Kompressen behandelt. Ist sehr abgemagert und schlaff. Heftige Schmerzen beim Sitzen und Gehen (Gon. Infektion anamnestisch wahrscheinlich, bakterioskopisch nicht nachweisbar). Status: „Konglomerattumor“ von Mannesfaustgrösse in den linken Adnexen. Bei Berührung kaum schmerzhaft. Zunächst Luftkolpeurynter bei Hochlagerung von 30 cm und 2 Kilo Schrotbelastung. Täglich $1\frac{1}{2}$ Stunden. Der Luftkolpeurynter bleibt bis zur nächsten Belastung dauernd liegen und schafft grosse Erleichterung beim Gehen. Die nächste Menstruation (6.—10. Februar) schon ohne Schmerzen! und ohne Temperaturerhöhung. Nach der Menstruation (am 12. Februar) wurde mit der Quecksilberbelastung begonnen (tägl. 1 Stunde 800 g bei 35 cm Hochlagerung). Im übrigen durfte Patientin mit dem Luftkolpeurynter und der elastischen Leibbinde frei umhergehen. Sie machte vom 14. Februar an ohne Beschwerden einfache gymnastische Übungen (Zehenstand, Hackenschwebe, Kniebeuge mit offenen und geschlossenen Knien, mit und ohne Widerstand, Widerstandsübungen der Beckenmuskeln bei gehobenem Kreuz u. dgl. m.). Vom 19. Febr. an noch Staffeltamponade (alle 5—6 Tage) und elastische Leibbinde. Am 10. März subjektiv gesund entlassen. Die Ovarien und Tuben noch etwas verdickt aber nicht druckempfindlich.

Ohne Mühe könnten diese mitgeteilten Beobachtungen um ganze Serien aus dem eigenen Materiale des Verfassers vermehrt werden. Aber die Berichte gleichen sich in den Hauptmomenten so sehr, dass eine weitere Ausdehnung der Berichterstattung kaum belangreich sein könnte, zumal die Beweisführung schon an der Hand des Mitgeteilten eine ausreichende sein dürfte. Wir folgen darin den so oft im Archiv ausgesprochenen Mahnungen Virchows: „Die Details der Krankengeschichten etc. werden nicht selten in einer Ausdehnung und in einer Zahl gegeben, welche für den Zweck der Verdeutlichung und Beweisführung nicht erforderlich ist, ja welche die Lektüre nur für wenige Leser schmackhaft oder überhaupt möglich erscheinen lässt . . . man kann auf die Details jedes einzelnen Falles leicht verzichten, zumal wenn einzelne, besonders illustrative Beispiele beigelegt werden.“ Ausserdem möchte Verfasser auch hier, wie in seinem Buche über die Atmokaussis und Zestokaussis, an Billroths Brief an v. Rosthorn (vom 21. November 1889) erinnern: „Niemand wird alle diese Krankengeschichten lesen. Machen Sie sich darüber keine Illusionen.“ Jedenfalls hat der Autor die Pflicht, ein Buch, welches wichtigen therapeutischen Zwecken dienen soll, nach Möglichkeit lesbar zu gestalten.

Es liesse sich ja auch eine ganze Anzahl von Krankengeschichten, teils aus der Literatur, teils aus der eigenen Praxis, anführen, welche darzutun vermögen, dass die ambulante Behandlung der Exsudate auch ohne die elastische Leibbinde möglich ist. Dennoch möchte Verfasser dabei bleiben, die Einwickelung des Leibes als ein durchaus typisches Moment festzuhalten. Es unterliegt keinem Zweifel, dass dadurch die Sicherheit des Erfolges gesteigert wird. Das allein schon dürfte zur unbedingten Empfehlung ausreichend sein. Es ist jedoch auch bei dieser Frage der Sticheitscheid massgebend gewesen. In einer ganzen Anzahl von Fällen, welche sich eben nur durch dieses Moment aus der Berichterstattung abheben würden und deshalb nicht einzeln berichtet zu werden brauchen, konnte beobachtet werden, dass die ambulante Behandlung nach anfänglichem Schwanken erst wirklich gut vertragen und mit bestem praktischen Nutzen durchgeführt werden konnte, als zu der Elevation und Immobilisierung von der Vagina aus noch die elastische Leibbinde, also die Immobilisierung der Bauchmuskeln und die Entlastung der Beckenorgane von der Bauchpresse, hinzugefügt wurde.

Wird, wie in diesem Buche, bei den Erfolgen der Sticheitscheid voll berücksichtigt, so sind die Erfolge bezüglich der Wertschätzung der betreffenden Therapie auch tatsächlich ausschlaggebend.

Vierter Abschnitt.

Die diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung.

Die sorgfältigen Studien zur Belastungslagerung wurden ursprünglich nicht etwa ausschliesslich durch in der Praxis fühlbar gewordene Lücken in unserem therapeutischen Können angeregt, sondern mehr noch durch diagnostische Gründe veranlasst, weil in diesem speziellen Falle, namentlich im Beginne der Praxis, die Vermeidung der Narkose lediglich zur Stellung der Diagnose, soweit irgend möglich, durchaus wünschenswert erscheinen musste. Und je länger und intensiver die Belastungslagerung in der Praxis verwertet, je reifer die Erfahrung und das Urteil wird, um so mehr tritt auch die praktische Wichtigkeit des diagnostischen Wertes der Methode hervor. Als in München (September 1899) das kostbare „Tempus“ die suprema lex der Vortragenden war, beschränkte sich Verfasser absichtlich darauf, im wesentlichen nur von den Vorteilen zu sprechen, welche aus dem Verfahren hinsichtlich der Diagnose resultieren. Gerade diese Momente verdienen eine besondere Beachtung der Fachgenossen und Praktiker und leisten einer erfolgreichen Popularisierung der Methode erheblichen Vorschub.

In dem „Selbstbericht“ Freund's über seinen Vortrag in Braunschweig — siehe auch die „Verhandlungen“ — war der diagnostische Wert der Methode noch nicht erwähnt. Weiteres war bei Erscheinen unserer ersten zusammenfassenden Abhandlung noch nicht publiziert. Funke (Freund) brachte dann bald darauf bezügliche Mitteilungen. Ebenso Halban (Schauta). In der Diskussion zu dem Aachener Vortrag von Fritsch „Über vaginale Köliotomien“ nannte W. A. Freund die Belastungstherapie „ein unersetzliches, diagnostisches Hilfsmittel“.

Es ist natürlich verständlich, dass in der Darstellung einer therapeutischen Methode schliesslich das therapeutische Moment obsiegt. Aber es soll und muss dahin gestrebt werden, dass jedesmal vor und mit der Anwendung der Belastungslagerung zu therapeutischen Zwecken erst und auch eine solche zu diagnostischen Zwecken geübt wird.

Ist das Verfahren rationell? Liegt ein Bedürfnis vor? Beide Fragen müssen unbedingt bejaht werden. Denn einmal ist die richtige Diagnose die Grundlage jeder Therapie, der vorliegenden gewiss, — die Belastungslagerung erleichtert und sichert die Diagnose auf rationelle Weise! — und dann bildet die Belastungslagerung bis zum gewissen, praktisch sehr erheblichen Grade einen willkommenen und ausreichenden Ersatz für die Narkose zu diagnostischen Zwecken.

Es wurde schon bei der Technik der gynäkologischen Untersuchung hervorgehoben, dass die Mittelhochlagerung im allgemeinen als die typische Lagerung für die bimanuelle kombinierte Untersuchung angesehen werden muss. Man darf nicht voreingenommen an solche für die Praxis belangreiche Fragen herangehen. Man ist verpflichtet, das hier nachdrücklich Empfohlene

nachzuprüfen. Denn erst nach jahrelangen reiflichen Erwägungen und selbstkritischer Prüfung wurden Vorschläge gemacht und Ergebnisse mitgeteilt. Deshalb haben unsere Mitteilungen, auch die im engeren Sinne therapeutischen, in der Hauptsache gehalten, was sie versprachen, — mochte das Material bei den Nachprüfungen ein anderes, mochten die Bedingungen, unter welchen sie angestellt wurden, abweichende sein. Die Mittelhochlagerung ist das eine typische Moment der Belastungslagerung, das zweite ist die Belastung. Tritt die Belastung zur Lagerung hinzu, so wird die Abtastung der Beckenorgane noch mehr erleichtert. Man gewöhne sich, mit zwei Fingern innerlich zu untersuchen. Die körperliche Schätzung wird dadurch wesentlich erleichtert und sicherer. Da bei der Mittelhochlagerung nur dann keine Erschlaffung der Bauchdecken eintritt, wenn ausgedehntere Verwachsung des Darmes oder Netzes mit den Beckenorganen besteht, so wird man in den allermeisten Fällen ohne Kraftanstrengung untersuchen können. Schon dadurch wird die Patientin beruhigt; die störenden Abwehrbewegungen, die reflektorischen Muskelkontraktionen und dgl. m. unterbleiben oder sind geringfügiger Art. Die Patientin selbst ist durch die Mittelhochlagerung gezwungen ruhiger zu liegen. Das ergibt sich ganz von selbst. Sie kann die Kniee nicht so leicht zusammenpressen, kann sich nicht aufrichten, kann nicht so leicht störende Abwehrbewegungen mit den Händen machen; ihr Schamgefühl wird durch die Lagerung wesentlich mehr geschont. Das sind alles Beobachtungen aus der Praxis, welche durchaus beachtet werden wollen.

Die Vorteile werden durch die abdominale Schrotkompression und im konkreten Falle auch durch den Luftkolpeurynter wesentlich erhöht. Im ersteren Falle wird die Erschlaffung der Bauchwand ad maximum gesteigert, die venöse Hyperämie, der Abfluss der Lymphe aus dem kleinen Becken gefördert, werden die Organe umgrenzt, sicherer isoliert abtastbar. Fehlschlüsse lassen sich leicht vermeiden, wenn man die erste Untersuchung eventuell in gewöhnlicher, herkömmlicher Rückenlage vornimmt. — Im zweiten Falle werden die Organe aus dem kleinen Becken herausgehoben und der palpierenden Hand genähert. Dies lässt sich vollkommener erreichen, wenn man nach dem Vorgange von Ullmann u. a., den Kolpeurynter ins Rektum einführt. Und noch ein weiterer Vorteil resultiert aus der intravaginalen Belastung: die Vaginalwände werden schon durch eine einmalige Belastung in den meisten Fällen so viel nachgiebiger, dass die Untersuchung selbst bei der strafferen Vagina Nulliparer oder bei Virgines keine Schwierigkeiten bereitet.

Das wichtigere Moment ist jedenfalls der mit Hilfe der Belastungslagerung zu erstrebende und bereits erreichte Ersatz der Narkose zu diagnostischen Zwecken. Es ist als Fortschritt zu bewerten, aus den zahlreichen Zuschriften hochangesehener Praktiker ersehen zu können, dass man in weiten Kreisen unseren Mahnungen und Empfehlungen Beachtung geschenkt hat. In mehreren seiner Schriften wurde dieses Momentes vom Verfasser nachdrücklich gedacht. In der Monographie über Atmokausis und Zestokausis wurde der Frage ein besonderer Abschnitt gewidmet (S. 200 f.). Die Sachlage

ist ja noch ernster, wenn nur zu diagnostischen Zwecken narkotisiert werden soll. Man beachte Bornträgers grundlegendes, preisgekröntes Buch: Über die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes bei Anwendung des Chloroforms usw. (Berlin 1892). Es lehrt überzeugend die Korrektheit unserer Stellungnahme. Denn schon die Geringfügigkeit des Eingriffs kann unter Umständen die „Fahrlässigkeit“ gesetzlich begründen.

Hierbei muss man allerdings zwischen Klinik und Privatpraxis grundsätzlich unterscheiden!

Selbstverständlich genügt es nicht zu sagen, man solle nicht so oft narkotisieren. Das ist oberflächlich. Wer negiert, muss besseres bieten, oder er wird nicht beachtet. Denn, dass ein Bedürfnis vorliegt, genau zu fühlen und zu erkennen, — wer wollte das bestreiten? Den Ersatz für die Narkose zu diagnostischen Zwecken bietet vielfach die Belastungslagerung.

Es ist die Pflicht eines jeden Arztes, unnötiges in der Praxis zu unterlassen, namentlich, wenn mit den Massnahmen Gefahren verbunden sind. Deshalb darf besonders die Narkose zu diagnostischen Zwecken nur dann angewandt werden, wenn sie tatsächlich unvermeidbar erscheint, z. B. bei Mädchen in der Pubertätszeit, bei Geisteskranken u. dgl., und wenn man sofort eine Operation anschliessen will.

Wer frisch aus der Klinik kommt, überträgt gar zu leicht das dort Gesehene auf die Privatpraxis. Zwischen Klinik und Privatpraxis besteht jedoch, wie gesagt, bezüglich der Notwendigkeit und Zweckmässigkeit der Narkose zu diagnostischen Zwecken ein grundsätzlicher Unterschied. Man sollte dieses Moment, wie es v. Winckel in Dresden stets tat, den angehenden Ärzten sehr ans Herz legen.

In der Klinik handelt es sich um didaktische Zwecke. Hier sollen die Studierenden auf ihren Beruf vorbereitet werden und überhaupt erst zu untersuchen lernen. Es muss nicht nur gründlich, sondern auch möglichst schnell und von möglichst vielen Praktikanten gefühlt und erkannt werden. In jagender Eile folgt ein instruktiver Fall dem andern. Es ist Pflicht des betreffenden Lehrers, das „Material“ bis zur äussersten Möglichkeit für die Zwecke des Unterrichts auszunutzen. Es handelt sich an erster Stelle in der Klinik darum, die Kombinationsgabe der Studierenden zu wecken, ihre Urteilsfähigkeit zu erwecken und zu bilden. Kombinieren kann man erst, wenn man oft gesehen, gefühlt und erkannt hat.

In der Privatpraxis ist es nur dann erlaubt die Narkose zur Diagnose zu verwerten, wenn die oben berührten Bedingungen erfüllt sind (Pubertät, Geisteskrankheit, folgende Operation), oder wenn bedrohliche Erscheinungen vorhanden sind (Blutungen) und eine prognostisch wichtige Entscheidung sofort getroffen werden muss (Extrauteringravidität u. dgl.). Man ist ja auch durchaus nicht gezwungen, stets so vorzugehen, dass bei der ersten Untersuchung auch die fertige Diagnose gestellt werden muss. Dadurch eben wird man zur Narkose verleitet.

Es ist viel richtiger, in schwierigen Fällen wiederholt zu untersuchen. Man kann dann viel vorsichtiger vorgehen und erreicht schliesslich mehr — ohne Schaden zu stiften. Hält man die Befunde, welche an zwei oder drei aufeinanderfolgenden Tagen erhoben werden, nebeneinander, so kann man durch Kombinieren ebensoviel erreichen, als durch eine forzierte Untersuchung. Dabei möge man bedenken, dass durch die Belastungslagerung an sich in sehr vielen Fällen, bei Exsudaten und Tumoren, eine Klärung des Befundes in anatomischer und klinischer Hinsicht herbeigeführt wird. Es sei nur auf die erwähnte Differenzierung der Konglomerattumoren der Adnexe und Parametrien hingewiesen.

Solange keine bestimmte Konturierung der Mixta composita der Adnexitumoren eingetreten ist, soll man grundsätzlich auf die Narkose verzichten. Die Behandlung im Anfange bleibt im allgemeinen dieselbe. Ist unter der Behandlung eine Schrumpfung eingetreten, so kann man in den allermeisten Fällen mit Leichtigkeit den Charakter der Krankheit klarstellen, da infolge der Kompression zugleich mit den Schmerzen im Entzündungsgebiet der reflektorische Spasmus der Bauchdecken vollkommen oder fast völlig beseitigt wird. Aber die äussere Belastung schafft nur dann wirkliche Vorteile, wenn gleichzeitig Mittelhochlagerung angeordnet wird.

Der diagnostische Wert der Methode zeigte sich auch in der Praxis der Atmokaussis und Zestokaussis. In der Monographie (S. 263) wurde darauf hingewiesen, dass die Atmokaussis bei nicht ganz freien Adnexen nur angewandt werden dürfe:

1. bei *Indicatio vitalis*;
2. möglichst ausserhalb der Zeit der Menstruation (Blutung);
3. wenn während der Menstruation und der Temperatursteigerungen noch Anschwellungen alter Entzündungsreste vorkommen. Man muss deshalb, wenn irgend möglich, eine Menstruation abwarten;
4. kann man aus äusseren Gründen keine Menstruation abwarten, so wende man die intravaginale Belastung (800—1000 g Quecksilber im Kolpeurynter) an. Dieselbe darf weder Fieber noch Schmerz verursachen;
5. am sichersten ist die Kombination aller dieser Kautelen, solange es aus äusseren Gründen untunlich ist, mit dem Eingriff überhaupt zu warten, bis man durch eine geeignete Behandlung die ganze Situation gebessert hat.

Alles dies lässt sich *mutatis mutandis* auf die Belastungslagerung übertragen. Die vorsichtige Belastung selbst soll als diagnostisches Mittel zur Feststellung der Reaktionslosigkeit der Adnexaffektion oder einer solchen im Para-Perimetrium dienen.

Man kann mit der Belastungslagerung den sehr wichtigen diagnostischen Nachweis führen, ob Eiter im Exsudat vorhanden ist, und ob es zur Perforation kommen wird.

Wird eben trotz Anwendung der typischen Belastungslagerung ein Exsudat nicht kleiner — es gilt namentlich von der puerperalen Peri-Parametritis — und tritt, selbst bei nur geringfügigen Fieberbewegungen, ein

sichtlicher Kräfteverfall ein, so ist nicht nur Eiter im Exsudat zugegen, sondern es bereitet sich höchstwahrscheinlich auch eine Perforation vor, welcher man nach vorausgeschickter Probepunktion (aber auch bei negativem Ergebnisse dieser) durch präparatorische Inzision zuvorkommen muss.

Dies gilt auch von Exsudaten pelioperitonitischer Natur und solchen bei Adnex- speziell Tubenaffektionen.

Man beobachte also, namentlich bei Adnexaffektionen, mit ausserordentlicher Vorsicht, beobachte die Menstruation und belaste zunächst zu diagnostischen Zwecken mit allen gebotenen Kautelen, vor allem auch nach Entleerung des Darmes und der Blase.

Weniger gefahrvoll ist dieses Vorgehen bei den grossen Exsudaten von vorwiegend paraperimetritischem Ursprung. Wie schon oben gesagt wurde, vertrat Fabricius in der Halban's Vortrag in der Wiener geburtshilflich-gynäkologischen Gesellschaft folgenden Diskussion die Ansicht, dass die Belastungstherapie sich für grosse, harte Exsudate nicht eigne, dass hier die Inzision und die Aufsuchung des Eiterherdes die richtige Therapie sei.

Das ist nicht zutreffend. Zwar weiss ich — und habe es selbst beobachtet —, dass auch umschriebene Eiteransammlungen sich eindicken und bis auf geringfügige Schwielen verschwinden können; zwar muss man in jedem einzelnen Falle von Beckenexsudat a priori von der Anschauung ausgehen, dass selbst die grössten Exsudate, selbst bei Gegenwart von Eiter, völlig zur Rückbildung gelangen können; aber in solchen Fällen findet bei Anwendung der „Belastungslagerung“ eine Rückbildung statt.

Bleibt diese aus — das ist der springende Punkt! —, so ist erst die Indikation zur Inzision gegeben. Würde man mit der Inzision schnellere und dabei sicherere Erfolge erzielen können, dann wäre es töricht dagegen zu schreiben. Allein, es ist nicht der Fall. Es liegt mithin das Bedürfnis nach anderen Methoden vor. Und es gibt keine wirksamere als die Belastungslagerung.

v. Winckel schreibt in seinem Lehrbuche (S. 719): „Auch bei sehr grossen Exsudaten muss man auf völlige Resorption rechnen . . .“ Das wolle man stets und vor allen Dingen beherzigen. Man muss den bezüglichen Diskussionsbemerkungen (Diskussion Halban) von R. v. Braun durchaus beipflichten. Bei derselben Gelegenheit sagte v. Erlach, dass bei der „Vermutung einer Eiterung“ die Belastungslagerung „von vornherein auszuschliessen“ sei. Auch diese Anschauung dürfte nicht ganz richtig sein. Das wurde schon oben gezeigt. Seitdem die „Belastungslagerung“ in die gynäkologische Therapie eingeführt ist, gibt es diese Indikation „Vermutung einer Eiterung“ nicht mehr. Man hat mit der „Sicherheit der Eiterung“ zu rechnen. Dafür übernimmt Verfasser jede Verantwortung.

Das vorstehend wiederholt präzierte Kriterium, welches den hohen diagnostischen Wert unserer Methode klar dartut, ist jedermann leicht zugänglich. Es lautet: Bleibt die Belastungslagerung erfolglos, so ist Eiter, man darf sagen: virulenter Eiter, im Exsudat vorhan-

den; tritt gleichzeitig, auch bei nur mässigen Fieberbewegungen, Kräfteverfall ein, so bereitet sich eine Perforation vor.

Die Belastungslagerung bildet weiter ein vortreffliches Mittel um festzustellen, ob eine Retroflexio uteri fixiert oder mobil ist. Die Beweisführung knüpft unmittelbar an die klinischen Beobachtungen, von welchen oben die Rede war, an. Es handelt sich hier, wie überhaupt bei der diagnostischen Bedeutung unserer Methode, um ein Grenzgebiet der Diagnose und Therapie. Das trifft wohl am klarsten hier bei der Retroflexio und dann bei der oben erwähnten Differenzierung der Konglomerattumoren in Erscheinung. Verfasser selbst hat zahlreiche lehrreiche Fälle beobachtet. Man soll zur Ergründung der anatomischen Verhältnisse bei der Retroflexio niemals versäumen, Blase und Mastdarm zuvor zu entleeren.

Sehr richtig schreibt Halban (l. c. S. 140): „Oft hat man den Eindruck, dass es sich tatsächlich um eine fixierte Retroversio-flexio handelt. In solchen Fällen kam es natürlich sehr häufig zur Narkosenaufrichtung, bei welcher es sich aber zeigte, dass der Uterus bei der eingetretenen Erschlaffung der Bauchdecken spielend leicht nach vorn zu bringen war und absolut keine Adhäsionen bestanden. Wenn man in derartigen Fällen den mit Quecksilber gefüllten Kolpeurynter einlegt, so bringt man den Uterus nach 1—2maliger Belastung ohne jede Mühe nach vorn. Man spart also sich die Mühe des Aufrichtungsversuches, man erspart der Patientin die damit verbundenen Schmerzen und man erspart sich und der Patientin die Narkose“.

Man erkennt also hier die diagnostische Bedeutung der Methode und sieht von klinischer Seite aus die Ausführungen betreffs des Ersatzes der Narkose durch die Belastungslagerung wenigstens von einem Gesichtspunkte aus bestätigt.

Hierher gehört auch die Verwertung der Methode, um zu erkennen, ob im kleinen Becken vorhandene Tumoren, welche bei der Hochlagerung oder bei der Kniebrustlage allein nicht aus dem kleinen Becken emporsinken, dort durch Adhäsionen festgehalten werden. Dies zu ergründen, gelingt bekanntlich in der Praxis ohne Narkose bisher sehr schwer, weil die Teile infolge der Einklemmung oft schmerzhaft sind und reflektorische Spannung in den Bauchmuskeln veranlassen. Ebenso wie Funke hat auch Verfasser in mehreren Fällen eingeklemmte grosse Myome mit Hilfe des Schrotbeutels und des Quecksilberkolpeurynters ins grosse Becken geschoben, ohne dass die Patientinnen Schmerzen davon hatten. Es gelingt in Mittelhochlagerung sehr leicht.

Es sei gestattet hier zwei lehrreiche Fälle aus der Strassburger Klinik anzufügen.

20. (Funke, S. 281). Ein 14jähriges Mädchen erkrankte an einem Sonntag Nachmittag mit den Erscheinungen einer Unterleibsentzündung. Nach 8—14 Tagen konnte man einen deutlichen Tumor konstatieren und das Mädchen wurde der hiesigen Klinik überwiesen. Hier konnten wir einen kindskopfgrossen Tumor konstatieren, der mit einem Stiel

am Uterus festhing und auf dem man den Anfangsteil der Tube deutlich übergehen fühlte. Wir stellten zunächst die Diagnose auf Ovarialtumor mit Peritonitis. Das Alter des Mädchens legte die Diagnose Dermoid nahe. Gewisse Umstände der Anamnese, die Prof. Freund später selbst noch einmal von dem aus achtbarer Familie stammendem Mädchen erhob, bestimmten diesen, die Diagnose zunächst noch in supenso zu lassen und die äussere Schrotbelastung anzuordnen. In der Tat wurde der Tumor kleiner; auch während der darauf folgenden Regel verkleinerte er sich noch bis auf Apfelgrösse, er wurde beweglich, und man konnte ihn jetzt deutlich als Ovarialtumor bestimmen, da die Tube in ihrer ganzen Ausdehnung abzutasten war. Die Diagnose wurde nun auf Haematoma ovarii gestellt und die Heilung in weiteren 14 Tagen mittelst Schrottherapie bewirkt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass hier in diesem Falle die Diagnose mit Hilfe der Belastung schneller und sicherer gestellt werden konnte. Dasselbe trifft in sinnfälliger Weise bei den Exsudaten zu. Auch wir konnten zahlreiche Fälle beobachten, in welchen erst durch die Belastungslagerung die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Exsudat geklärt werden konnte.

In der Strassburger Klinik konnte in zwei Fällen dadurch die Entscheidung zwischen Exsudat und bösartigem Tumor getroffen werden.

21. In dem ersten Falle (s. Funke, S. 282) handelte es sich um eine 48jährige Patientin, bei welcher ein faustgrosser Tumor im Douglas fixiert war; seine Oberfläche und seine Umgebung zeigten eine Menge kleiner, erbsengrosser, harter Knötchen, wie Metastasen, so dass die Annahme eines Ovarialkarzinoms gerechtfertigt erschien. Hier wurde der Schrotbeutel zum erstenmal diagnostisch verwertet. (Also Anfang 1898, J.-Nr. 98; 156; Verf.). Der Erfolg war eklatant, der Tumor mit Knötchen war in 14 Tagen resorbiert, der Uterus beweglich und nur zerrige Stränge zeigten die überstandene Perimetritis des Douglas an. — Der zweite Fall war dem ersten ganz analog, ebenfalls diese Knötchenbildung, feste Verwachsung der lockeren Verbindung zwischen Uterus und Mastdarm. Auch hier verschwand der objektive Befund im Laufe von 4 Wochen vollkommen, nachdem die Diagnose in 8 Tagen gesichert war.

Verfasser ist in der Lage ganz ähnliche Fälle aus den Jahren 1888, 1889, 1891, 1894 u. f. mitteilen zu können. In allen wurde die Belastungslagerung zunächst zu diagnostischen Zwecken verwertet. Aus der diagnostischen Anwendung wurde von selbst die therapeutische. Am lehrreichsten dürfte folgende Beobachtung sein:

22. 1894, Nr. 23. Diagnose: Ovarientumor, Dermoid? Rektius (nach Belastungslagerung): Perimetritis Douglasii chronica. Die 27jährige Kaufmannsfrau hat 2 Kinder geboren. War immer gesund. Erkrankte nach dem letzten Wochenbett (vor 4 Jahren) in der 6. Woche, als sie sich zur Pflege des Kindes in der Nacht plötzlich aufrichtete, an heftigen Schmerzen in der linken und hinteren Seite tief im Becken. Kein Fieber, keine innere Untersuchung. Nach zweitägiger Betruhe (Kompressen) waren die Schmerzen verschwunden. Nur bei der Stuhlentleerung immer Schmerzen. Hartnäckige Verstopfung; Patientin hatte immer Furcht vor der Defäkation. Dazu traten Menorrhagien auf. Da Patientin auch Furcht vor der gynäkologischen Untersuchung hatte, liess sie sich zuerst vor 4 Monaten, gelegentlich eines Aufenthaltes in Berlin, untersuchen. Es wurde die Diagnose: Eierstocksgeschwulst gestellt und die Operation vorgeschlagen.

Bei der jetzigen Untersuchung 12. I. 94, nach ausgiebiger Entleerung des Mastdarms und der Blase und nach vorausgeschickter $\frac{1}{4}$ stündlicher Belastungslagerung, erschien die bereits anderweitig gestellte Diagnose als die wahrscheinlichste, zumal nur der rechte Eierstock mit Sicherheit abtastbar war und die unebene, höckerige Oberfläche der Geschwulst, ihre „Verwachsung“ mit der Umgebung einen bösartigen Tumor oder ein Der-

moid vermuten liess. Da aber nach der Anamnese bereits auf mehrjährigen Bestand der Geschwulst geschlossen werden durfte (Schmerzen, Verstopfung) und eine Bösartigkeit schwer anzunehmen war, so wurde zunächst, anknüpfend an frühere Erlebnisse, die Belastungslagerung zur Sicherung der Diagnose angeordnet (35 cm, 400 g Schrot von innen, 3 Kilo Ton von aussen).

Schon 15. I. 94 zeigten sich die Unebenheiten und höckerigen Auswüchse fast völlig beseitigt, und dazwischen fühlte man, leicht über die Oberfläche vorragend, leistenförmige, hahnenkammähnliche Vorsprünge, welche sich in der tieferen Geschwulst verloren. Die Diagnose war mithin schon nach 2 Tagen insofern gesichert, als es sich zweifellos überwiegend um indurative, ödematöse, exsudative Vorgänge handelte. Die Frau fühlte sich ausserdem sehr erleichtert (nach 3 maliger Belastung!) und hatte spontanen Stuhlgang.

Es wurde jetzt die Diagnose auf Perimetritis Douglasii chronica gestellt (ausgegangen wahrscheinlich von dem „Trauma“ nach dem Puerperium!) und die Unebenheiten als die Zeichen einer früher bereits angefangenen Resorption gedeutet. (Patientin hatte längere Zeit heisse Ausspülungen gemacht). Da aber die Möglichkeit vorlag, dass nach Resorption der indurativen Massen, ein Tumor zum Vorschein kommen könnte (eigene Beobachtungen!), so wurde die Prognose noch zweifelhaft gelassen.

Nach 14 Belastungen (Maximum 800 g Schrot) war die Frau von ihrer „Geschwulst“, der langjährigen Konstipation und ihren dauernden Beschwerden befreit. —

Besonders erfreut war sie über die Beseitigung der Konstipation. Diese und viele ähnliche Beobachtungen erinnern den Verfasser an die gleichen Beobachtungen aus der Olshausenschen Klinik. Wolff schreibt (l. c. S. 34): „Ganz besonders rühmten einige Patientinnen, dass nun der Stuhlgang spontan und ohne die früheren Schmerzen erfolge.“

Wer in Zukunft sich mit der Belastungslagerung beschäftigen wird — sie soll und wird Allgemeingut werden! —, wird dem vorstehenden ähnliche und gleiche Beobachtungen in Fülle machen, wird sich überzeugen, dass die Methode auch in diagnostischer Hinsicht hervorragende Dienste leistet, im konkreten Fall eine Lücke auszufüllen vermag. Ohne Belastungslagerung wäre z. B. im vorstehend berichteten Falle die Ovariectomie — versucht worden.

In Übereinstimmung hiermit schreibt auch Halban (l. c. S. 139), dass die Wirkung der Belastungslagerung auch gut verwertbar zu sein scheine für die Erkenntnis der Pathologie dieser harten Exsudate, indem mit ziemlicher Sicherheit aus der leichten Ausquetschbarkeit derselben resultiere, dass es sich offenbar nur um ein chronisch induratives Ödem handelte, welches in seiner Knorpelhärte fest organisiertes, derbes Gewebe vortäuscht.

Man wolle diese Momente beachten, sie sind in praktischer Hinsicht von grosser Wichtigkeit. Die Methode schützt manchen Kollegen vor verhängnisvollem Irrtum. Es ist ein grosser Unterschied, ob ein solches Versehen in der Klinik mit ihrer kollektiven Verantwortlichkeit vorkommt oder sich in der Privatpraxis ereignet. In der Privatpraxis ist das Schicksal der Patientin auch das Schicksal des Arztes.

Fünfter Abschnitt.

Eine neue Methode der Behandlung einiger Begleit- resp. Folgezustände chronischer Beckenentzündungen.**1. Die Behandlung der chronischen Blutarmut.**

Dieser Abschnitt beschäftigt sich wohl zunächst mit den Begleit- resp. Folgeerscheinungen langwieriger Beckenexsudationen und sonstiger entzündlicher Vorgänge in den Parametrien und Adnexen, mit den Begleit- und Folgeerscheinungen mangelhafter Ernährung, mit den Folgen grosser oder sich gehäuft wiederholender Blutverluste, welch' letztere das klinische Bild besonders beeinflussen und ausgestalten; aber er soll darüber hinaus für die allgemeine Praxis grundsätzliche Anregungen und Anleitungen geben.

Die hier gegebene therapeutische Grundlage wurde wohl hauptsächlich an der Hand vielfältiger Erfahrung in der Behandlung erschöpfender Beckenaffektionen gewonnen, aber sie wurde durch die Beobachtungen und Erfahrungen in der allgemeinen Praxis gefestigt und erweitert. Hier gesammelte Erfahrungen wurden dort nutzbar gemacht und umgekehrt. So war die Entwicklung des therapeutischen Prinzips eine stufenweise und logische. Es ging hervor aus dem Bedürfnisse der Praxis und folgte sich demselben anpassend. Auch hier ist die Tendenz eine praktische, die Übereinstimmung mit der Theorie gibt den wissenschaftlichen Rückhalt.

Es handelt sich im folgenden an erster Stelle um „Blutarmut“, um Anämie, um Blutleere, Oligaemia vera; also um ein Symptom, nicht um die sog. Blutarmut, die Bleichsucht, die Chlorose, welche eine eigentliche Krankheit s. g. darstellt. Die Anämie ist hier zunächst ein Symptom, eine Begleit- oder Folgeerscheinung einer langwierigen, zehrenden Beckenaffektion; die Folge einer unzureichenden oder unzureichenden Ernährung, welch' letztere im Circulus vitiosus durch die ungünstige Beeinflussung der Resorption einen wichtigen Faktor bildet. Oder sie ist die Begleiterscheinung (akut) oder die Folge (chronisch) erschöpfender oder periodisch gehäuft wiederkehrender, starker Blutungen — Metrorrhagie, Menorrhagie. Letztere und die mangelhafte Ernährung bilden an sich einen Circulus vitiosus. Dazu tritt oft hartnäckige chronische Konstitution!

Die Blutung ist entweder ein Symptom der Subinvolutio uteri und diese wieder ein Symptom der komplizierenden Affektion im Parametrium, in den Adnexen. Oder aber die Blutung ist ursächlich auf den Affluxus zur oft pathologischen Mucosa uteri zurückzuführen, welcher wieder ursächlich durch den Stimulus der entzündlichen Vorgänge in den Adnexen, speziell Ovarien, bedingt wird.

Aber je weniger weit sich das Lebensalter unserer Patientinnen von den Jahren der Pubertätszeit entfernt, um so häufiger tritt eine in praktischer Hinsicht höchst unliebsame Kombination der Chlorosis mit der Anämie in Erschei-

nung. Die jungverheiratete, gonorrhöisch infizierte oder durch anderweitige unglückliche Zufälle (fiebrhaftes Puerperium etc.) erkrankte Frau, welche vielfach eben erst die chlorotische Anämie überwunden hatte, erkrankt neuerdings, unter der Einwirkung der symptomatischen Anämie, ihrer neuerdings erworbenen Krankheit, wiederum an Chlorosis. Das sind dann namentlich jene jungen Frauen, bei welchen unter der Einwirkung der Chlorose wohl der Eiweissumsatz, also auch die Harnstoffausscheidung, vermehrt, der Fettverlust jedoch vermindert ist, so dass trotz der Blutverluste und trotz der mangelhaften Ernährung nicht selten ein gewisser Fettsatz in Erscheinung tritt.

Diese Kombination der eigentlichen Krankheit Chlorosis mit dem Symptom der Anämie ist unheilvoll und bietet dem Praktiker ausserordentliche Schwierigkeiten. Denn hier handelt es sich nicht mehr allein um mangelhafte Qualität und Quantität des Blutes, sondern auch um eine krankhafte Verminderung in der Energie der blutbildenden Organe. Das letztere Moment ist vorläufig zwar noch hypothetisch, man muss es jedoch in praktischer Hinsicht durchaus bewerten. Denn ohne Zweifel ist die Tatsache, dass Frauen selbst grosse Blutverluste leicht und schnell, schneller und gründlicher jedenfalls als das männliche Geschlecht, überwinden, nur so zu erklären, dass bei ihnen die blutbildenden Organe automatisch, wenn man so sagen darf, ganz anders einexerziert, viel vollkommener leistungsfähig sind, weil die monatlich regelmässig wiederkehrenden Blutverluste bei der Menstruation einen gewissen Rhythmus in der Tätigkeit anregen und dauernd unterhalten.

Man darf wohl ohne weiteres den normalen Blutverlust bei einer normalen Menstruation einer normalen Frau als etwas durchaus Physiologisches betrachten. Das setzt ohne weiteres voraus, dass auch Medulla oblongata und Cerebrum normal funktionieren, dass die anämischen Reizungen des vasomotorischen Zentrums der Medulla oblongata zur Kontraktion der Arterien, zur unbedingten Anpassung derselben an den kleineren Blutkörper, ausreichen, so dass selbst bei grossen Blutverlusten ein Ausgleich im Blutdruck, eine Regulierung der Herztätigkeit stattfinden kann. Das lässt sich im Verlaufe der uns beschäftigenden Affektionen, auch ohne physikalische Untersuchung des Herzens (Dilatation), durch sorgfältige Kontrolle des Pulses, der Pulswelle, der Weite und Spannung der Arterie, der Füllung der Ader, mit Leichtigkeit feststellen.

Im vorliegenden Abschnitt handelt es sich also meist und vielfach ausschliesslich um solche chronisch-anämischen Zustände, welche im Verlaufe der Grundkrankheit — zuweilen auf der Basis einer chlorotischen Anlage — schneller oder langsamer und gleichsam unter den Augen des beobachtenden Arztes entstanden sind.

Die Diagnose ist eine klinische und soll eine solche sein. Denn nur die Extreme der Blutuntersuchungen „in vitro“ sind charakteristisch. Die im folgenden zu schildernde Therapie darf und soll ohne weiteres auf die Verhältnisse der allgemeinen Praxis übertragen werden.

Das hauptsächliche, fast das einzige Moment, auf welches es bei der Behandlung der chronischen Anämie ankommt, ist:

Anregung der Blutzirkulation durch mechanische Beseitigung der Blutleere des Herzens.

Dies wird in der Praxis erreicht:

a) durch die Autotransfusion; also durch die typische Mittelhochlagerung der Belastungslagerung; (s. Abbildung 3, S. 20);

b) durch die aktive Autotransfusion, welche durch Muskelanspannung (Gymnastik) in der Hochlagerung erzielt und durch gleichzeitige Herzkompensation gesteigert wird;

c) durch methodische Herzkompensation in der Flach- und vor allem in der Mittelhochlagerung [ad b) und c) s. Abbildungen 13 bis 20];

d) durch subkutane Kochsalzinfusion oder besser und einfacher durch rektale Eingiessungen mittelst des Schlundrohrs; ausnahmsweise auch durch reichliches Trinken physiologischer Kochsalzlösung,

e) durch methodische Atemgymnastik;

f) durch methodische Ernährung und Hautpflege;

g) durch mechanische Unterdrückung der normalen menstruellen Blutung (Tamponade, Atmokausis).

Einzelne der Faktoren sind bekannt; b und c und teilweise g sind unbekannt. Die Kombination aller oder einzelner Gruppen zu einer typischen Heilmethode ist neu. Ihre Gruppierung ist keine zufällige; sie entspricht der therapeutischen Bewertung der einzelnen Faktoren oder ihrer im konkreten Falle anzuordnenden Reihenfolge.

ad a) Die Behandlung hat stets mit der Autotransfusion (s. Abbildung 3, S. 20) zu beginnen. Diese beseitigt sofort auf mechanische Weise die Blutleere des Herzens, gibt den ersten und nachhaltigsten Impuls zum Ausgleiche der Funktion, indem sie den Blutdruck im Gefässsystem steigert, und sie paralyisiert bis zum gewissen Grade die vorhandene Unterernährung des Körpers. Die Hochlagerung darf in den ersten Tagen keine zu anhaltende sein; man erzielt sonst, namentlich bei hohen Graden von Anämie, Ermüdung des Herzens, d. h. der Puls wird arhythmisch. Man beginne mit intermittierender Anwendung: vormittags und nachmittags je zwei Stunden; man muss natürlich individualisieren.

Die Kranke hat sich wie zur Nachtruhe zu entkleiden; es dürfen keinerlei beengende, einschnürende Kleidungsstücke (Bänder) vorhanden sein, namentlich nicht am Halse. Am zweckmässigsten wird zunächst das erste Frühstück genommen, also event. vor dem Aufstehen (eine grosse Tasse Hafersuppe mit einem Teelöffel oder mehr Butter; oder Milchkaffee; oder Milch mit Sahne und Salz oder Honig; dazu ein Brötchen mit Sardellenbutter oder Honig; auch zwischendurch ein Glas Molke oder Buttermilch).

Die Hochlagerung bei nüchternem Magen verursacht bei manchen Kranken Übelkeit bis zum Brechreiz. Man lasse das Fussende des Bettes oder eines ad hoc hergerichteten Sofas nicht höher als 35—40 cm stellen. Nach Beendigung der Hochlagerung darf die Patientin sich nicht plötzlich aufrichten,

wenigstens darf sie bei der Aufrichtung niemals ohne Aufsicht sein, weil zu Anfang nicht selten Schwindelanfälle auftreten. Der Organismus gewöhnt sich schnell. Man kommt zuweilen besser und sicherer zum Ziel, wenn man das Herz durch methodische Kompression des Unterleibes mittelst der „Kompressionskeule“ bei weichen oder angespannten Bauchdecken an den plötzlichen Anprall einer grösseren Blutwelle gewöhnt. Die exzentrische Kompressions-



Abbildung 13.

Kompression des Bauches bei Anspannung der Arme.

keule findet bei zarterem Körperbau Verwendung. Die Abbildungen 13, 14, 15 und 16 machen eingehende Beschreibungen unnötig. Man macht das am besten vor der Hochlagerung 5 Minuten lang mit mässigem Druck, indem man bei angespannten Bauchdecken diese erschüttert, während die Patientin tiefe Atemexkursionen macht; oder bei schlaffen Bauchdecken, indem man gleichmässig, aber kurz schnellend, komprimiert oder nachlässt, möglichst sorgfältig synchron den ad hoc ausgiebigst anzuordnenden In- und Expirationen. Man kann die mechanische Wirkung der Kompression an dem Rhythmus des Herzschlages und an der Qualität des Pulses deutlich erkennen.

Man befördert durch die Kompression, ähmlich der Hochlagerung, venöse Stasen in den Kreislauf. Bei der Anspannung der Arme (Widerstand durch die Gehilfin) und Anspannung der Bauchmuskeln liegt die Patientin am besten ganz platt auf dem Rücken (Abbildung 13, desgl. 14 u. 15). Die Kompression gleicht mehr der Erschütterung. Bei der zweiten Art der Kompression soll der Bauch mittelst der Kompressionskeule tief eingedrückt werden, rhythmisch, entsprechend der Tiefe und Dauer der Diaphragmaexkursion. Die Patientin liegt hierbei am besten mit dem Kopfe etwas erhöht (Abbildung 16). Selbstver-

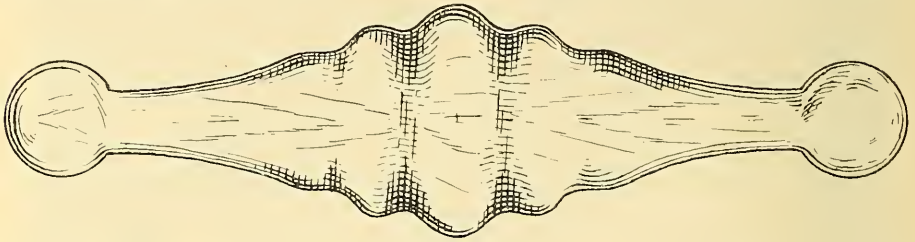


Abbildung 14.

Kompressionskeule (konzentrisch). $\frac{1}{4}$ natürliche Grösse.

ständiglich kann man auch die Hochlagerung mit der Kompression verbinden, aber besser immer erst im vorgerückteren Stadium der Behandlung, wenn man sicher ist, dass die Patientin die Hochlagerung subjektiv und objektiv gut verträgt. Objektiv kommt es hauptsächlich durch die gute Qualität des Pulses zum Ausdruck.

Aber auch, wenn die Patientin die Hochlagerung gut verträgt, begnüge man sich im allgemeinen mit Erhöhung des Fussendes des Bettgestells von

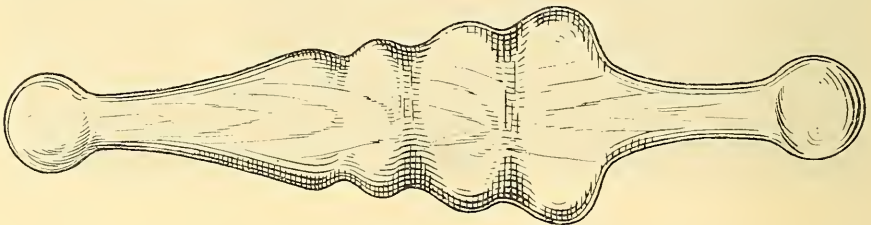


Abbildung 15.

Kompressionskeule (exzentrisch). $\frac{1}{3}$ natürliche Grösse.

höchstens 40 cm. Für die dauernde Hochlagerung, also z. B. nachts, sind 25—30 cm ausreichend. Der Erfolg ist dann sicherer, weil die Überbürdung des Herzens (Arhythmie des Pulses) verhütet werden kann.

ad b) Man kann die Wirkung der Autotransfusion durch die Einwicklung einer oder mehrerer oder aller Extremitäten verstärken (aktive Autotransfusion). Nach hochgradigen Blutverlusten darf man anfangs nur bei Erscheinungen der akuten Anämie, den Erscheinungen der Gehirnblutleere (Ohnmacht, Angstzustände, Schwindel, Ohrensausen, Dyspnöe, Erweiterung der

Pupille) diese aktive Autotransfusion verwerten, also bei Gefahr im Verzuge. Besser ist es im übrigen stets immer erst durch langsame, allmähliche Autotransfusion auf die Blutfülle des Herzens und auf die Rhythmik, die Blutfülle der Arterien, hinzuwirken. Ist dann ein gewisser Grad der Stetigkeit bereits erreicht — ausschlaggebend bleibt immer die Qualität des Pulses, die Weite



Abbildung 16.
Kompressionskeule im Gebrauch.

der Arterien, ihre Füllung, Spannung, Beschaffenheit der Welle; diese Kriterien reichen vollkommen aus —, dann kann man zur aktiven Autotransfusion übergehen. Aber auch dann ist es besser, die Einwicklung der Extremitäten zu vermeiden. Empfehlenswerter ist die oben kurz erwähnte Kompression in Mittelhochlagerung, welche eine Art intermittierender, aktiver Autotransfusion darstellt: die Blutwelle wird in gesteigerter, quantitativ wohl etwas

wechselnder Fülle gegen das Endokard geschleudert und übt hier durch den unvermeidlichen, teilweise gerade auch gewollten, qualitativ und quantitativ wechselnden Anprall einen belebenden Reiz auf das Herz aus. Die Erfolge lehren die Richtigkeit der theoretischen Grundlage.

Verfasser übt und verwertet seit Jahren noch eine andere Art der aktiven Autotransfusion, welche bei chronischer Anämie, auch bei chronischer, chlorotischer Anämie sich als sehr nützlich erweist. Auch hier harmonieren

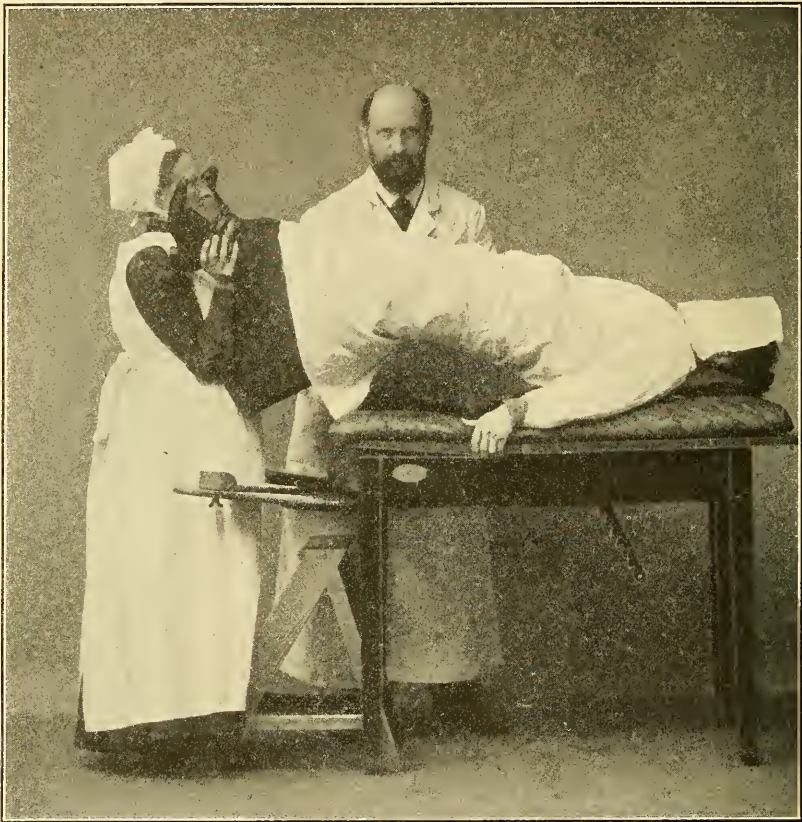


Abbildung 17.

Aktive Autotransfusion durch Muskelanspannung.

Theorie und Praxis miteinander. Die Patientin muss sich unter Assistenz einer Gehilfin, welche, auf dem Fussboden, oder erhöht auf dem Tritt stehend, die Füße der Patientin in Schulterhöhe hält, mit vollkommen gestrecktem Körper, im wesentlichen nur auf Kopf und obere Partien des Schultergürtels gestützt, frei in der Schwebe halten (Abbildung 17), indem sie alle Körpermuskeln straff anspannt und tiefste, rhythmische Atembewegungen macht. Das will geübt sein, aber es ist in der heutigen Zeit der wiederbelebten Sportübungen (spez. Tennisspiel), verhältnismässig schnell erreicht, macht ausser-

dem der Mehrzahl der Patientinnen Vergnügen, zumal die gute Wirkung auf das Allgemeinbefinden sich gewöhnlich bald einzustellen pflegt. Dasselbe erreicht man durch kontinuierliche, kürzere oder längere Zeit (Maximum 4—6 Minuten) andauernde manuelle Kompression des Abdomen (Abbildung 18), spez. der Aorta. Der Druck hat anfangs peinlich genau den Atembewegungen zu folgen, wird jedoch allmählich stärker und bleibt dann dauernd, innerhalb der gegebenen Zeitgrenze, so stark, dass eine vorübergehende Querschnitts-



Abbildung 18.

Kompression des Bauches bei chronischer Anämie. Pulskontrolle.

verengerung der Aorta resultiert. Die oft nachweisbare Folge ist eine Belebung der peripheren Blutzirkulation, das Schwinden der bezüglichlichen, bekannten Symptome (kalte Hände, Füße, Migräne etc.). In Fällen stark ausgeprägter Schwäche in der peripheren Blutzirkulation ist die Kompression in typischer Mittelhochlagerung vorzuziehen. Bleibt dennoch einmal die Wirkung aus, so kann man diese hier beschriebenen mittelbaren Anregungen der Blutzirkulation

c) durch unmittelbare Anregung des Herzens, durch methodische Herzkompression vervollkommen und steigern. Hierbei gibt es zwei Abstufungen in der Anwendung: Die methodische Herzkompression bei ein-

facher Mittelhochlagerung und die methodische Herzkompression bei aktiver Muskelspannung und gleichzeitiger Mittelhochlagerung also die Kombination der passiven Autotransfusion mit der Herzkompression und der modifizierten aktiven Autotransfusion mit der Herzkompression. Der Modus der Anwendung lässt sich an der Hand der beigegebenen Abbildungen 19 und 20 mit wenigen Worten schildern. Die eine Hand liegt flach oder zur Faust geballt — das hängt von der grösseren oder geringeren Schlawheit der Bauchwand ab —

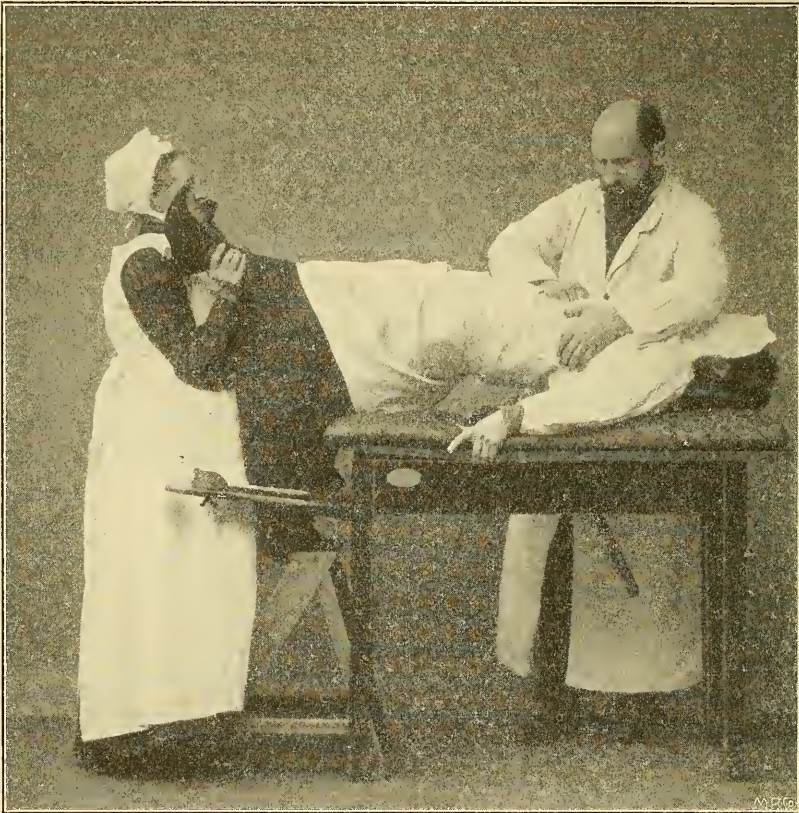


Abbildung 19.

Aktive Autotransfusion und Herzkompression.

unterhalb des Rippenbogens nach abwärts vom Herzen und übt von hier aus einen langsam zunehmenden stetigen, festen Druck, bis unter den Rippenrand nach oben vordrängend, gegen das Herz zu aus. Die andere Hand drückt gegen die Thoraxwand von aussen und vorn nach innen und hinten in der Richtung zum Herzen. Bei der einfachen Mittelhochlagerung komprimiert hauptsächlich die an der Thoraxwand ruhende Hand, bei der gleichzeitigen Muskelanspannung hauptsächlich die am Rippenrande liegende Hand. Im ersteren Falle gleicht die Kompression mehr einem stetigen, an- und ab-

schwellenden Drucke, welcher rhythmisch den Atemexkursionen zu folgen hat, diese selbst verstärkend; im zweiten Falle gleicht die Kompression mehr einer Konkussion, einer Erschütterung, welche am stärksten auf der Höhe der In- und Expiration zur Geltung kommen soll. In beiden Fällen ist die unmittelbare Anregung der Herztätigkeit das Gewollte und Erreichte. Der



Abbildung 20.
Methodische Herzkompensation in Mittelhochlagerung.

Vorgang ähnelt in etwas den Vorschriften bei der Wiederbelebung Scheintoter: mit den eng aneinandergelegten Fingern beider Hände von der Magenrube aus die Bauchwand bis möglichst hoch unter den Rippenrand hinauf gegen das Zwerchfell vorzuschieben und durch kräftige, in regelmässigen oder unregelmässigen Zwischenpausen ausgeübte Stösse das Herz zur Tätigkeit anzuregen. Ähnlich lässt sich der Vorgang auch hier gestalten, wenn man, wie in Abbildung 23 (S. 128), die Füsse hoch gegen den Rumpf emporheben lässt,

so dass eine der asphyktischen annähernd gleiche Erschlaffung der Bauchmuskulatur eintritt.

Es ist selbstverständlich, dass man

d) die hauptsächlich mechanisch. notleidenden Kreislaufsverhältnisse (geringerer Blutkörper!), zunächst hauptsächlich auch auf mechanische Weise aufzubessern sucht. Man schafft auf diese Weise ein höchst rationelles Adjuvans zur Autotransfusion. Es geschieht theoretisch am besten durch subkutane Kochsalzinfusion, praktisch am besten und einfachsten, weil am gefahrlosesten, durch Trinken grosser Mengen von physiologischer Kochsalzlösung, oder bei dyspeptischen Erscheinungen, oder schliesslich bei gleichzeitiger chronischer Konstipation, am rationellsten durch hohe Eingiessungen physiologischer Kochsalzlösung mittelst der Schlundsonde in den Darm. Man kann dann zuvor durch Eingiessungen ins Rektum die Ampulle entleeren. Hat man anfangs mit der Einführung der Schlundsonde Schwierigkeiten, so füllt man die Ampulle voll, so dass sich ihre Wandung überall entfaltet. Dann kommt man leicht über die einschnürenden Ringe des Sphincter superior (Nélaton) hinweg.

Die Wirkung der Infusionen ist ja allgemein bekannt. Aber ein Moment ist noch viel zu wenig oder gar nicht beachtet worden. Wie Verfasser schon in der Monographie über die Constipatio muscularis mulierum ausführte und begründete, ist die Konstipation — in diesen Fällen nicht die muskuläre — nicht so selten die Folge grosser Wasserverluste (Schweiss!). Ja, es gibt eine ganze Reihe von Patientinnen, bei welchen die hartnäckige Verstopfung infolge einer durchtanzten Nacht, infolge einer grossen Radfahrtour u. dgl. m. begann. Man forsche nur anamnestisch nach, und man wird dieses Moment bestätigt finden. Es kommt z. B. vor, dass junge Mädchen beim Beginn der Tennissaison infolge des Schweissverlustes an Konstipation leiden. Es ist nicht etwa die Folge der willkürlichen Störung der rhythmischen Automatie, wenngleich auch das vorkommt, wenn bestimmte Verabredungen betr. der Zeit des Spieles getroffen sind, sondern es ist eine direkte Folge des Wasserverlustes. Lässt man während oder nach dem Spiel viel trinken, so bleibt die Konstipation aus. In den uns hier beschäftigenden Krankheitsfällen der chronischen Anämie, der chronischen Blutleere, des verkleinerten Blutkörpers ist aus demselben Grunde oft gleichzeitig hartnäckige, chronische Konstipation vorhanden. Durch Abführmittel beeinflusst man die Sachlage höchst irrationell, das bedarf wohl keiner Begründung, entzieht man dadurch doch dem Körper noch mehr Wasser! Hier wirkt die Infusion vortrefflich. Ausserdem fördert die bessere Blutzirkulation, der schnellere Wechsel des venösen und arteriellen Blutes in den reflektorischen und automatischen Zentren des Darmes die Peristaltik.

Deshalb ist es auch selbstverständlich, dass zur Förderung des Kreislaufs

e) die oben (S. 44) bereits beschriebene und vorstehend wiederholt betonte, methodische Atemgymnastik, und

f) die ebenfalls bereits beschriebene (S. 46) methodische, rationelle

Ernährung, in Verbindung mit sorgfältiger Hautpflege, gefordert und angeordnet werden muss.

Ist die Blutleere eine bedeutende, sind Anzeichen erheblicher Gehirnblutleere vorhanden, reagieren die Patientinnen schon auf relativ geringe menstruelle Blutungen mit Anzeichen der Erschöpfung und des Verfalls, oder sind erfahrungsgemäss grössere menstruelle Blutungen zu fürchten, welche die bei dem jeweiligen Kräftezustande zulässigen Grade übersteigen, so muss man g) den Blutverlust vorbeugend mechanisch verringern oder im konkreten Falle vollständig für eine oder mehrere Perioden unterdrücken. Das gelingt sehr einfach durch feste Tamponade der Vagina. Dieselbe hat entweder beim ersten Auftreten der Blutung, oder nach den Erfordernissen des konkreten Falles am 2. oder 3. Tage der Blutung zu beginnen und muss eventuell ein oder mehrere Male mit 1—3 tägigen Zwischenpausen wiederholt werden. Man tamponiert bei Frauen mit kleinen Tampons von Gaze, bei Mädchen mittelst des oben (S. 30) beschriebenen Instrumentes und allmählich fest einzudrückender Gazestreifen, deren letzten Zipfel man vor der Vulva oder besser dicht hinter dem Hymen, mit einer Kornzange bequem erreichbar, liegen lässt. In vielen Fällen, speziell auch bei Mädchen, gelingt die Tamponade am einfachsten mit dem eng zusammengerollt eingebrachten Luftkolpeurynter. In diesem Falle muss man jedoch ein enges röhrenförmiges Spekulum benutzen. Das ist beim Tamponator nicht nötig.

Verfasser und gewiss sehr viele mit ihm haben diese Methode seit langen Jahren in der Praxis gebraucht. Die Anregung dazu kam ganz spontan. Wir übten die Methode schon 1889, bevor die erste Mitteilung darüber in der Literatur erschien. Es war eine kurze Mitteilung von Gehring in den *American gynaecol. Transactions* 1889. Im Jahre 1893 erschien dann eine ähnliche Mitteilung von Lusk (*Semaine médicale* 1893, Nr. 2). Neuerdings wurde von Klemperer dieselbe Methode als „Kussmauls Methode zur Stillung übergrosser menstrueller Blutungen“ beschrieben. Sie war 1897 von Fleiner in dem „Lehrbuch der Magenkrankheiten“ (Stuttgart, Enke 1897, S. 160) erwähnt worden. Es ist ohne weiteres anzunehmen, dass die Methode schon vor Jahrzehnten von Kussmaul in der Praxis geübt und empfohlen wurde. Es ist deshalb richtig, den Namen des Mannes mit der Methode zu verbinden, welchem auch die Gynäkologie ein unvergängliches Werk, das klassische Buch über die Missbildungen des Uterus etc., verdankt.

Die Kussmaulsche Methode der Blutstillung ist jedoch nicht rückhaltlos in der von Klemperer empfohlenen Ausdehnung zu verwerten. Denn man muss und soll jederzeit beherzigen, dass sie im allgemeinen nur berufen ist, zunächst einer augenblicklichen Gefahr zu begegnen, und dass sie wiederholt nur angewandt werden darf, wenn man sicher ist, dass keine pathologischen Bildungen, oder gar maligne Affektionen, die Blutungen veranlassen und unterhalten. —

Handelt es sich um unheilbar kranke Patientinnen oder um ältere, dem Klimakterium nahestehende Frauen, so ist bei hochgradigen Erschöpfungs-

zuständen infolge starker Blutverluste nach Ablauf der ursächlichen oder begleitenden Adnexkrankheit die *Suppressio mēsiūm* mittelst der *Atmokaūsis*, die vom Verfasser sog. *Castratio mulieris uterina atmocaustica* indiziert. Es kommt dann nicht auf die *Obliteration* des Uterus, sondern nur auf die Zerstörung der Funktion an, während das *Cavum uteri* als anatomisches Moment erhalten geblieben ist. In dem Buche über die *Atmokaūsis* wurden mehrere hierhergehörige Beispiele veröffentlicht. Diese Mitteilungen werden u. a. von Cramer bestätigt. (Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 14.)

2. Behandlung der Neurosen des Bauchsympathikus mittelst methodischer Kompression.

Die Neurosen des Bauchsympathikus beschäftigen den Verfasser seit langen Jahren. Wiederholt wurde in seinen früheren Schriften darauf hingewiesen; namentlich bei der Begründung der *Constipatio neurogenita, s. nervosa* (Archiv f. Gyn., Bd. 53). Es sollte eine Pathologie und Therapie dieser praktisch ungemein wichtigen Affektionen an dem Materiale der Privatpraxis bearbeitet werden. Allein, die grossen Schwierigkeiten, welche beim Fehlen einer anatomischen Grundlage sich dem Verständnis dieser Störungen entgegenstellen, verhinderten bisher und verhindern auch heute eine monographisch abgeschlossene Darstellung. Sie muss weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben. Man kann Ursache und Folge hierbei schwer, vielfach überhaupt nicht, auseinanderhalten. Man ist lediglich oder vorwiegend auf den „praktischen Blick“ angewiesen.

Mit Erb verstehen wir unter „praktischem Blick“ die auf angeborener Anlage beruhende, durch gereifte Erfahrung entwickelte und gesteigerte Fähigkeit, in schwierigen, dunkeln und verwickelten Krankheitsfällen auf der richtigen Spur zu bleiben, das Wesentliche zu erkennen oder zu ahnen, das Heilsame für den Kranken zu tun. Und der praktische Blick lehrt, dass es sich hier zwar meistens um hysterische, oder neurasthenische, oder neuropathisch gewordene Patientinnen handelt, dass aber bei allen Symptomenkomplexe oder einzelne Symptome sich zeigen, welche aus dem Rahmen der Hysterie oder Neurasthenie hervortreten oder doch in ziemlich typischer Weise der Beobachtung sich aufdrängen: *Plexushyperästhesie*, *Pulsatio abdominalis aucta* und *Sensationen wechselnder Art*, welche in das Gebiet der von Hegar sog. *Lendenmarksymptome* gehören, also *Sensationen in den Nerven der Generationsorgane* und in sämtlichen Zweigen des *Plexus lumbalis und sacralis*. Hierher gehören *Kreuzschmerzen*, *Kreuzschwäche*, *ischiasähnliche Beschwerden* in den Hüften und Extremitäten, *Schmerzen in den Regionēs iliacaē*, im Verlaufe des *Ileoinguinalis*, *Pudendus*, *Genitocruralis*, lähmungsartige Schwäche oder ausstrahlende Schmerzen in den unteren Extremitäten, Schwäche und geringe Ausdauer beim Gehen und Stehen, *Koccygodynie*, *Anästhesie* und *Hyperästhesie* des *Introitus vaginae*, Gefühl von Niederdrücken im Becken, Störungen im

Mechanismus der Blasen- und Darmentleerung und schliesslich Störungen in der Periodizität der Menstruation.

Theoretisch ist hier noch vieles unklar, praktisch jedoch knüpfen wir im folgenden an ausschlaggebende eigene Erfolge an. Aber auch in praktischer Hinsicht entscheidet hier vielfach nicht die Methode der Behandlung, sondern die Art ihrer Anwendung. Die Person heilt, weniger vielleicht die Sache. Mithin bleibt der Erfolg, wie auch in sehr vielen Fällen typischer Hysterie, ein spekulativer. Aber wir sollen heilen und helfen, in zweiter Linie erst analysieren. Und wenn es sich wie hier um erfahrungsgemäss schwer angreifbare Krankheitsgebiete handelt, so soll man mit Rücksicht auf die Wissenschaft, auf die klaffenden Lücken in der Therapie, mit Rücksicht auf unsere Kranken, jede therapeutische Errungenschaft willkommen heissen und ohne Voreingenommenheit nachprüfen.

Gallard sagt in seiner klinischen Antritts-Vorlesung: „Toutes les maladies chroniques du petit bassin causent de la flatulence, de la constipation, puis, par la dénutrition, qui est la conséquence de ces troubles digestifs, conduisent à la chlorose, à l'anémie, aux désordres nerveux les plus variés. Et vous aurez souvent à vous demander, quels sont, parmi ces accidents, ceux qu'il faut considérer comme secondaires et quelle influence réciproque ils exercent les uns sur les autres.“

Diese Fragen lassen sich dem Verständnis näher bringen, indem man die Reflextätigkeit durch Vermittelung des ungemein fein entwickelten, ausserordentlich zahlreich anastomosierenden, sympathischen Nervensystems berücksichtigt. Die Ganglienzellen stellen gleichsam Akkumulatoren dar, welche die von nur geringgradig veränderten oder auch gesunden Geschlechtsorganen ausgehenden Reize aufspeichern und fortleiten.

So hat man sich die Einwirkung der Masturbation und des Coitus reservatus, so auch die des Zölibats, des unbefriedigten Geschlechtsgenusses überhaupt, zu erklären. Die schädlichen Einwirkungen der beiden zuerst genannten Faktoren sind um so nachhaltiger und intensiver, wenn dieselben, erstere oft in Begleitung unglücklicher oder unerwidelter Liebe, nach längerer Dauer zu neurasthenischen Zuständen oder zur Verschlimmerung der oft vorhandenen neuropathischen Disposition, oder der hysterischen Konstitution, oder gar durch Ligamenterschlaflungen auch zu Retroflexio u. dgl. geführt haben. Alle diese Formen kommen vorwiegend bei den besseren und bestsituierten Volksschichten vor, sie sind in Kliniken und Spitälern so gut wie unbekannt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass interkurrierende entzündliche Prozesse, langwierige chronische Exsudationen, besonders schädlich einwirken, dass namentlich die Folgezustände, die Schrumpfungsprozesse, eine ursächliche Bedeutung in der Genese der Sympathikusneurosen gewinnen. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei wieder die Störung in den Darmfunktionen.

Wenn wir die Anastomosen der Beckenplexus berücksichtigen, dürfte es leicht verständlich sein, dass von dem Genitalsystem ausgehende Reize den Splanchnicus, den Hemmungsnerven des ganzen Intestinaltraktes, erreichen,

den Nerv erreichen, welcher gleichzeitig das gewaltigste Gefäßgebiet des Körpers beherrscht, dessen Reizung den Darm blutarm macht und in weiterer Folge den Plexus myentericus und submucosus in ihrer Tätigkeit stören muss. Es genügen bekanntlich schon geringe Reizungen der gangliösen Plexus, um eine Hemmung der Darmbewegung herbeizuführen. Eine Störung der peristaltischen Bewegungen, der rhythmischen Automatie und der Drüsenapparate in den Zotten des Dünndarms findet alsdann ihren Ausdruck in einer mehr oder weniger hartnäckigen Verstopfung. Der Circulus vitiosus ist fertig.

Auch die Nerven des Genitalsystems entspringen schliesslich vom Ganglion coeliacum dextrum und — wohl hauptsächlich — sinistrum, so dass also, ausser mit dem Splanchnicus und Phrenicus, auch eine Verbindung mit dem Vagus besteht. Letztere Anastomose findet ihren Ausdruck durch die Tussis uterina und Herzpalpitationen. Über beide Affektionen konnte Verfasser im Laufe der Zeit sehr charakteristische Beobachtungen machen. Auch die Pulsatio epigastrica (abdominalis) aucta dürfte in nicht seltenen Fällen dadurch eine Erklärung finden können. Das Ganglion coeliacum, an dessen Zusammensetzung die Nn. splanchnici wesentlich beteiligt sind, steht in Verbindung mit dem Pl. aorticus (Pl. spermaticus, Frankenhäuser) und den Renalganglien; beide wiederum, namentlich der Pl. aorticus, in direkter Verbindung mit dem Genitalsystem. Der Pl. hypogastricus, welcher zusammen mit den Sakralnerven den Uterus versorgt, stellt die direkte Fortsetzung des Pl. aorticus und nicht minder des Pl. renalis dar. Die Fäden des Pl. hypogastricus ziehen, der Mastdarmwand direkt anliegend, nach abwärts, Anastomosen mit dem dritten Sakralnerven eingehend. Und da der letztere und der vierte Sakralnerv mit den gangliösen Geflechten an der Vagina, welche ihren Ursprung vom Zervikal- und den Vesikalganglien nehmen, in Verbindung stehen, so kann man sonder Mühe Neurosen in scheinbar entlegensten Gebieten und gleichzeitig die Wirkung der im folgenden zu beschreibenden Therapie erklären. Sie sind auch wichtig zum Verständnisse einzelner Momente der Kolpeuryntermassage, von welcher im „Anhange“ ausführlich die Rede sein soll.

Das Frankenhäusersche Zervikalganglion (Pl. utero-vaginalis) bildet gleichsam den Zentralakkumulator. Hier speichern sich die Reize auf und verbreiten sich beim geringsten Anlass über die verschiedenen Gebiete des Bauchsympathikus, die „ausgefahrenen Geleise“, wie Hegar sagt, natürlich bevorzugend.

Meist werden die Causae moventes wohl gebildet durch Anämie und Chlorose, beide vielfach ursächlich begründet in der Organisation des Weibes, in den wellenförmig verlaufenden Funktionen der Generationsorgane. Von Wichtigkeit sind hier die Folgezustände chronischer Beckenentzündungen, welche im vorigen Abschnitt eingehend gewürdigt wurden. Das bindende Glied in der Kette der Schlussfolgerungen bildet dann wieder die aus der Anämie resultierende, mangelhafte Ernährung des Körpers im allgemeinen, des Nervensystems im besonderen. Es wird explosiv, d. h. leicht ermüdbar. Und gerade die leichtere Ermüdbarkeit dürfte den Begriff der Neurose, der

funktionellen Störung, in sich schliessen. Sie ist gleichbedeutend mit der *continui laesio*, deren Charakter uns in der Hauptsache lediglich infolge relativ mangelhafter Untersuchungsmethoden bis dahin unbekannt geblieben ist. Es gibt keine *functio laesa sine continui laesione* (s. des Verfassers Aufsatz über die sogenannte *Myositis progr. ossif.*).

Schon Freund hat darauf aufmerksam gemacht, dass gerade das *Ganglion cervicale* (Frankenhäuser) wegen seiner exponierten Lage und seiner „buntscheckigen“ Zusammensetzung so häufig erkrankt. Treffen nun von hier aus Reize den *Bauchsympathikus*, so sind Störungen von mannigfacher Art die Folge. In einer Reihe von Fällen werden z. B. die Gefässe des Darmes in einem Zustand von Kontraktion versetzt, wodurch der Blutreichtum der Darmwand, gleichzeitig natürlich auch die Sekretion der Drüsen vermindert wird.

Es dürfte kaum zweifelhaft sein, dass die *Pulsatio aucta* und die oft gleichzeitig zur Beobachtung gelangende Konstipation für manche Fälle als ein Reflex von den Akkumulatoren der Generationsorgane aufzufassen ist, dass durch einen tonischen Gefässkrampf, welcher sich über grössere Gebiete erstreckt, Widerstände im Verzweigungsgebiete der Aorta eingeschaltet werden, welche den Blutdruck im Hauptstamme und seinen nächsten Verzweigungen erhöhen und welche, teils durch Störungen der rhythmischen Automatie, teils durch Einschränkung der Drüsenabsonderung, Stuhlträgheit verursachen und den bereits erwähnten *Circulus vitiosus* bilden.

Aber diese Theorie der *Pulsatio aucta* ist nur annehmbar, wenn es sich um erethische oder gar erotische Patientinnen, um neurasthenische, hysterische Frauen und Mädchen, um eine vermehrte Innervation, um explosibles Nervensystem handelt.

Bei torpiden, schlaffen, fast ausnahmslos anämischen und chlorotischen Patientinnen hat man nach anderen Erklärungen zu suchen. Hier handelt es sich um atonische Zustände, Lähmungszustände, Störungen in der Ernährung der kontraktile Elemente der Gefäss- und Darmwand, schliesslich um anatomische Veränderungen, wie sie eben als Koeffekte aus einem qualitativen und quantitativen Blutmangel des Körpers resultieren. Auf diese Verhältnisse hat wohl Virchow zuerst aufmerksam gemacht. Verfasser hat oft beobachtet, dass trotz dieses Blutmangels gleichzeitig eine gewisse *Abdominalplethora* besteht, welche ihren Ausdruck vielfach in profuser Menstruation findet. Diese steht, auch in jenen Fällen, welche als reflektorische Kongestionen von entzündeten Ovarien, entzündeten Adnexen überhaupt, aufzufassen sind, in einem begreiflichen, reziproken Kausalitätsverhältnis zur Anämie. Das sind dann hauptsächlich jene Fälle, welche in der Mehrzahl mit Migräne, infolge von Gehirn-anämie, einhergehen.

Für alle diese Fälle gibt es nur eine Möglichkeit der Erklärung, welche schon Virchow anführt: „Die Arterienwand hat Muskelfasern, diese stehen gewiss zum Teil unter Nerveneinfluss, und eine Lähmung dieser Nerven wird auch Relaxation der Arterienwand hervorbringen können. Mit dem

Anflöhren der kontraktilen Eigenschaften treten allein die elastischen der Wand hervor; die Arterie wird also unter dem Eindringen einer neuen Blutwelle stärker ausgedehnt und darauf durch ihre Elastizität verengert werden können. Immerhin wird dabei aber ihr Durchschnittslumen vergrössert und die Möglichkeit eines stärkeren Einströmens von Blut begreiflich.“

Nach den praktischen Erfahrungen des Verfassers — auch schon Talma hebt es hervor — gelangt sehr oft gleichzeitig mit dem Symptom der *Pulsatio aucta* eine hochgradige spontane und Druckhyperästhesie der sympathischen Geflechte längs der Wirbelsäule, des Pl. coeliacus, aorticus, hypogastricus, sacralis, zur Beobachtung. Es bleibt mithin auch noch eine Erklärung übrig, welche auf die Störungen im Gebiete des Sympathikus (Neurose des Sympathikus, Talma) und des eng damit verbundenen Vagus zurückgreift und die *Pulsatio abdominalis aucta* als ein selbständiges Symptom der Sympathikusneurose anerkannt wissen will, als ein Symptom von ähnlicher Wertigkeit, wie die Plexushyperästhesie.

Es ist klar, dass auch primäre Störungen im Gebiete des Bauchsympathikus, einerseits zu den Genitalorganen fortgeleitet, dort krankhafte Erscheinungen, z. B. Dysmenorrhöe, Menorrhagie, Mittelschmerz etc. hervorrufen, andererseits auch Störungen in der Innervation des Rektums verursachen können, welche als pathologische Äusserungen der Defäkation in Erscheinung treten.

Diese Verhältnisse, also die Sympathikusneurose, spielen eine grosse Rolle bei vielen schmerzhaften Affektionen im Becken, welche scheinbar einer anatomischen Grundlage entbehren, und welche bisher durchweg zur Hysterie gerechnet werden. Hierher gehören zum Teil sicher auch jene Fälle, für welche Fritsch die alte Diagnose: „*Hyperaesthesia peritonei pelvis*“ für passend hält. Sie spielen eine grosse Rolle bei der vom Verfasser sogenannten *Myodynia intrapelvica*, den pathologischen, spastischen Zuständen in der Muskulatur des kleinen Beckens, von welchen im „Anhange“, bei der Darstellung der Kolpeuryntermassage, noch die Rede sein soll.

Manche Fälle der sogenannten *Colica scortorum* gehören hierher; auch was in der Literatur als *Vaginodynie* (Frost), *Vaginismus superior* (Révillout, Simpson), als spastische Zustände im Levator (Hildebrandt, Benicke, Budin), als nervöses Rektum (Goodell) beschrieben ist, und umgekehrt die beschriebenen Erschlaffungszustände (Trélat) u. a. sind hierher zu rechnen. Die *Myasthenia intrapelvica* ist zuweilen Schlussstadium der *Myodynia* (s. des Verfassers Abhandlung über Konstipation, Archiv f. Gyn.).

Aber es ist ausserordentlich schwer, hier bei der Sympathikusneurose Ursache und Folge auseinanderzuhalten: Wenn die Beschwerden in der Genitalsphäre schwinden, sobald die Symptome der Erkrankung des Sympathikus, z. B. die Druckempfindlichkeit der Plexus, durch geeignete Behandlung (s. unten) beseitigt werden, so darf man mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit schliessen, dass die Erkrankung des Sympathikus das Primäre darstellt. Und wenn die *Causae efficientes, proximae aut remotae*, der Beschwerden, z. B. entzündliche

Beckenaffektionen und Folgezustände solcher beseitigt werden und gleichzeitig mit ihnen die mehr oder weniger schweren Allgemeinerscheinungen schwinden, so darf man mit derselben Wahrscheinlichkeit schliessen, dass die letzteren nur in Neuralgien und Parästhesien des sekundär erkrankt gewesenen Sympathikus ihren nächsten Grund haben.

Dabei dürfte es praktisch gleichgültig sein, ob man mit Burkhart die Plexushyperästhesie, namentlich des Pl. coeliacus, aorticus, hypogastricus, sacralis, als Folge einer allgemeinen Neurasthenie oder als gleichwertige, selbständige Symptome bewerten will. Jedoch muss die Frage offen bleiben, ob man es in manchen Fällen etwa weniger mit einer Hyperästhesie des Plexus, als vielmehr mit schmerzhaften Empfindungen in der Wand der Arterie selbst zu tun hat. Das sind theoretische Unterscheidungen, welche für die Praxis belanglos sein dürften, zumal das neuropathische Moment bei der Behandlung stets berücksichtigt werden soll. Denn der Symptomenkomplex der Sympathikusneurose ist — auf der Basis der Neurasthenie oder Hysterie oder zum mindesten der neuropathischen Konstitution — ein relativ selbständiger. Der Symptomenkomplex der Sympathikusneurose: — Plexushyperästhesie, Pulsatio abdominalis aucta, Constipatio chronica, Lendenmarkssymptome — rankt oft empor auf neuropathischer Basis, ist oft vergesellschaftet mit hysterischer Konstitution — welches ist Folge, welches die Ursache?

Die Therapie hat demgemäss an erster Stelle in jedem einzigen Falle die neuropathischen Momente allgemeiner Art ernstlich zu berücksichtigen. Und da in der Mehrzahl der Fälle gleichzeitig Anämie besteht, so sind stets die im vorigen Abschnitt entwickelten Grundsätze zu beachten. An erster Stelle steht die Autotransfusion durch Mittelhochlagerung. Man beginne intermittierend (zwei Stunden) und mit mässigen Erhöhungen (20 cm), Sorge durch mässig stark aufgeblasenen Luftkolpenrynter für möglichste Ruhigstellung der Genitalorgane und durch die oben beschriebene Ernährung für beschleunigten Ersatz. Man darf bei spinaler Irritation (Lendenmarkssymptome) nicht sofort Muskelübungen machen lassen. Solche Kranken müssen zunächst Ruhe haben. Bei dem labilen Gleichgewicht im Nervensystem dieser Patientinnen muss man sehr darauf sehen, eine autoritative Stellung im konkreten Falle zu gewinnen. Man frage niemals: „wie geht's?“, „wie ist Ihnen heute?“, sondern man suggeriere einfach, natürlich in vorsichtiger Weise, die einzelnen Phasen der fortschreitenden Besserung; man frage grundsätzlich niemals wieder nach den Symptomen, nachdem man sich das Krankheitsbild im ersten oder wiederholten Krankheitsexamen (Anamnese etc.) kritisch klargelegt hat. Man hat durch das absolute, souveräne Nichtbeachten gegenüber diesen Kranken ausserordentlich an Autorität gewonnen. Die Kranken protestieren anfangs wohl noch gegenüber ihren Angehörigen, niemals aber, wenn man seine Sache richtig und bestimmt durchführt, gegenüber ihrem Arzte. Sollten sie es wagen, so lässt man sie kühl abfallen, — man beachtet sie einfach gar nicht. Das darf man jedoch nicht in verletzender Weise tun. Die Kranke darf es gar nicht fühlen, dass sie nicht beachtet wird; sie muss nur zu dem be-

schämenden Bewusstsein gebracht werden, dass sie eigentlich eine grosse Dummheit durch ihre Fragen, ihre Zweifel, ihre Bedenken begangen hat. Man zeige diesen Kranken warmes Interesse, Interesse für alles, selbst die belanglosesten und dummsten Dinge, aber sobald die Therapie in Frage kommt, lasse man die Kranke abfallen. Wer das geschickt macht, wird nicht zum zweiten Male belästigt. Die Kranke hat zu gehorchen, wir wollen doch nur ihr Bestes. Die oft eigene Interessen vertretenden Sendboten der Naturheilmethode bilden vielfach die Grundlage für die oppositionellen Neigungen unserer nervösen Patientinnen. Wer hat denn Lust, über solche Fabeleien tagtäglich zu diskutieren? Aber darüber hinaus erstrebt Verfasser mit seinen Ausführungen Positives. Die zerebrale Irritation, das Labile, Explosive wird beruhigt, die Ernährung hebt die Widerstandskraft, die Hochlagerung paralyisiert bequem den anfangs bestehenden Mangel in der Ernährung. Man bekämpfe, durch sachgemässe Belehrung über den vom Verfasser sog. Purgismus, den Missbrauch der Abführmittel, gebe dem Darm,

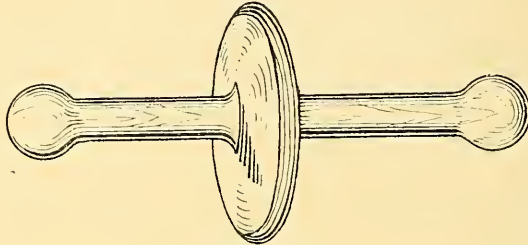


Abbildung 21.

Kompressionsrad. $\frac{1}{4}$ natürlicher Grösse.

welcher monatelang nur mit konzentrierten Nahrungsmitteln, mit Milchpräparaten, Ei, Fleisch und Fleisch und Ei, versorgt wurde, kompaktere Massen, Gemüse, Brot, Obst, Kartoffeln und dergl., welche schon durch die Masse als solche stimulierend auf den Darm wirken. Man wird mit einer einfachen guten „Hausmannskost“; in welcher Gemüse und Obst oder Obstspeisen überwiegen sollen, gerade am besten zum Ziele kommen. Aber man stelle sich in der praktischen Heilkunde — im Interesse seiner Klientel — niemals grundsätzlich auf einen extremen Standpunkt. Der Temperenzler nützt, der Abstinenzler schadet. Es gibt Frauen, welche jede beliebige Diät ohne Beschwer durchführen, wenn man ihnen ein Gläschen Moselwein gestattet, aber ohne etwas Wein nach kurzer Zeit widerwillig werden. Es wäre lächerlich, das ableugnen zu wollen. —

Eine spezifische Therapie der Sympathikusneurosen, d. h. also eine spezifische, lokalisierte Therapie, erkannte Verfasser in der methodischen Kompression der an der Wirbelsäule bis hinab ins Becken sich ausbreitenden gangliösen Geflechte gemeinsam mit der Hochlagerung, also in der Belastungslagerung, mit einer vom Typus etwas abweichenden Art der Kom-

pression. Von Bedeutung sind auch die bei der Anämie im vorigen Abschnitt bereits beschriebenen Kompressionsformen, im besonderen die auf S. 115 abgebildete manuelle Kompression, welche im konkreten Falle mehr nach oben zu (Pl. coeliacus), oder mehr nach dem Becken zu (Pl. hypogastricus) ausgeübt werden soll. Bequemer kommt man zum Ziel, wenn man das vom Verfasser angegebene Kompressionsrad (Abbildung 21 und 22) verwertet oder den Kompressionsbogen bei vollständig erschlafften Bauchdecken (Abbildung 23)



Abbildung 22.

Kompression des Wirbelsäulenplexus (Kompressionsrad). Sympathikusneurose.

anwendet. Das Kompressionsrad ist hauptsächlich für die Schmerzen in nächster Umgebung und an der Wirbelsäule bestimmt, der Bogen mehr für diffusere Schmerzhaftigkeit. Man kann mit dem Rad auch günstig auf den Plexus solaris einwirken, indem man das eine Ende der Achse in der Gegend der Symphysis mit der Hand fixiert und alsdann quer zur Längsachse des Körpers mit mässigem Druck quer über die Gegend unterhalb der Rippenbögen hin- und herrollt. Die Kompression der sakralen Geflechte geschieht am besten von der Vagina aus, teils mittelst des Quecksilberkolpeurynters (1200 bis

1500 g), teils manuell, teils mittelst der ad hoc mit Wattetampon versehenen Kugelzange. Den Druck vom Rektum aus vermeide man besser, weil ohne Zweifel dadurch die Permeabilität der Darmwand für Bakterien und ihre Toxine gefördert werden kann, sobald oberflächliche Verletzungen entstehen oder die Vitalität der obersten Zellschichten infolge des unmittelbaren Druckes leidet. Beides wird sich beim Druck von der Vagina aus schwerer ereignen.



Abbildung 23.

Sympathikusneurose. Kompression mit dem Bogen.

Grundsätzlich soll die Kompression mässig stark beginnen und allmählich ansteigen und niemals früher aufhören, als bis die anfangs vorhandene, durch die Kompression anfangs vielleicht noch gesteigerte Empfindlichkeit völlig beseitigt ist. Das dauert zuweilen 2–3 Minuten, nicht selten auch 10 und 12 Minuten. Niemals soll der Druck eine individuell abzuschätzende, mittlere Stärke überschreiten. Denn auch hier gilt das Arndtsche biologische Grundgesetz: „Kleine Reize fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke fördern sie, starke hemmen sie und stärkste heben sie auf.“

Manche Frauen können den permanenten Druck nicht vertragen. Dann versuche man intermittierend, in Pausen, zum Ziele zu gelangen. Oder aber man wende den Druck mehr in Form der Konkussion, der Erschütterung, an. Es genügt hierzu tonische Anspannung der Armmuskulatur, oder man muss die sog. Vibrationsmassage mittelst eines dazu konstruierten Apparates (am besten Elektromotor) in Anwendung ziehen. Oft genügt einfache manuelle Konkussion mittelst der auf den Plexus gesetzten und stossweise vorzuschiebenden Hände (Fingerspitzen).

Über die Bedeutung der Kolpeuryntermassage siehe den „Anhang“.

Wird der permanente Druck gut vertragen, so ist die Sache natürlich viel einfacher. Aber auch in diesen Fällen soll man niemals vergessen, die Organe des Beckens gleichzeitig absolut ruhig zu stellen, sei es durch den Luftkolpeurynter, sei es durch die Staffeltamponade. Ob das theoretisch verständlich ist oder nicht, ist gleichgültig. Man muss diese günstige Wirkung als eine Tatsache der Empirie hinnehmen und sie so erklären, dass bei dem labilen Gleichgewicht im Nervensystem und bei seiner Explosibilität schon die geringfügigen Reize infolge der physiologischen Exkursionen der Generationsorgane zur Auslösung der quälenden Symptome der Sympathikusneurose hinreichen. Verständlicher ist diese Wirkung in den nicht seltenen Fällen, in welchen infolge einer Erschlaffung (Bauchfell oder Bindegewebe des Beckens) eine Hyperkinesis uteri besteht.

Bei den Lendenmarksymptomen, auch bei Hyperästhesien an und auf der Wirbelsäule bewährt sich ein vom Verfasser selbständig erdachtes und seit vielen Jahren angewandtes Verfahren, welches nach dem Vorgange von Hegar unter der Bezeichnung der „Rückenmarksdehnung“ (Abbildung 24) in die gynäkologische Therapie eingeführt werden soll. Was darunter zu verstehen ist, zeigt die nebenstehende Abbildung. Es bedarf nicht vieler Erklärungen. Die am Kopf und Schultergürtel gut gestützte Patientin wird ohne Anwendung von Gewalt, unter Vermeidung jedes ruckweisen Vorgehens, langsam in die auf der Abbildung ersichtliche Position gebracht. Die Hand des Arztes ruht leicht am Rücken der Patientin zur Begegnung etwaiger Unachtsamkeit der Assistentin. Die Patientin bleibt 2—4 Minuten in dieser Stellung. Wurde die Übung gut ertragen, so kann man die Wirkung steigern, indem man die Füße weiter gegen den Kopf hin herabzieht, teils allmählich steigernd, teils ruckweise vorgehend. Auch kann man, wie empirisch festgestellt wurde, durch kurze Schläge mit der flachen Hand auf die stark gekrümmte Wirbelsäule die Einwirkung auf das ad maximum gespannte Mark, einer Konkussion vergleichbar, erhöhen.

Verfasser zögerte lange Zeit, ob er dieses Verfahren hier veröffentlichen solle. Es liegt unzweifelhaft eine leise Komik in dem an sich gewiss rationellen und erfahrungsgemäss sehr nützlichen therapeutischen Vorgange. Allein die aprioristischen Bedenken schwanden, als bei den literarischen Nachforschungen der geistvolle Vortrag Hegars über einen fast gleichen Vorgang lehrte, dass alles schon einmal dagewesen. Auch Hegar beabsichtigte und erreichte

auf ähnliche Weise eine Dehnung und Streckung der Wirbelsäule, des Rückenmarks. Er konnte dies experimentell an der Leiche feststellen und klinische Erfolge erzielen, welche zeigten, dass tatsächlich eine wahrscheinlich anatomische Beeinflussung des gereizten Lendenmarks die Folge der Prozedur ist. Hegar gebrauchte noch einen anderen Modus, welchen er (S. 11) folgendermassen beschreibt: „. . . Die Kranke sitzt auf einem festen Tisch, die unteren Extremitäten auf demselben aufgelegt, wobei ein Gehilfe die Kniee gestreckt



Abbildung 24.

Dehnung des Rückenmarks bei Sympathicusneurose.

erhält, um die Rotation des Beckens in der Pfanne zu beschränken. Kopf und Brust werden nun nach den unteren Extremitäten zu gebeugt. Die Exkursionsfähigkeit der Wirbelsäule variiert sehr bei verschiedenen Personen. Bei den Meisten ist eine Annäherung des Gesichts an die Knie im Anfang unmöglich, obgleich die Rotation des Beckens auf den Schenkelköpfen zu dieser Bewegung wesentlich beiträgt. Ist die Annäherung erreicht, so lässt sich als Kombination die unblutige Dehnung der Ischiadici anfügen. Das Becken ist durch das vorausgegangene Verfahren in seiner Stellung zur Wirbelsäule

fixiert, daher jetzt ein Erheben des Oberschenkels nur Beugung im Hüftgelenk bewirken kann. Man hebt bei gestreckt gehaltenen Knien die Oberschenkel so, als wenn man sie neben dem Kopf in die Höhe führen wollte oder führt sie wirklich daran vorbei.“

Das vom Verfasser geschilderte und abgebildete Verfahren dürfte vorzuziehen sein, weil es trotz der etwas eigentümlichen Position von den Patientinnen selbst als das bequemere bezeichnet wird, von dem Arzte ex juvantibus auch wohl als das wirksamere anerkannt werden muss.

Dass durch diesen therapeutischen Vorgang das Lendenmark und durch die Ni. sacrales die Pl. n. sympathici günstig beeinflusst werden, kann ex juvantibus bewiesen werden. Wie diese Beeinflussung zustande kommt, kann mangels anatomischer Grundlagen nur durch hypothetische Raisonsnements gedeutet werden. Sie unterbleiben hier besser, zumal bei allen solchen Prozeduren bei Patientinnen mit neuropathischer Konstitution stets das suggestive Moment — und gerade hier bewusst und gewollt! — mit berücksichtigt werden muss. Man frage also nicht erst viel nach dem Befinden, nach der etwaigen gefühlten Besserung u. dgl. m., sondern man mache die Patientinnen auf die Fortschritte in der Besserung ohne weitere Umschweife in einleuchtender Weise aufmerksam. Die Suggestion soll die allgemeine Neurose, die Basis der lokalisierten, beeinflussen! Das wolle man ernstlich beachten!

Sechster Abschnitt.

Die Belastungslagerung, eine Behandlungsmethode für die allgemeine Praxis.

Aus dem Titelblatt des vorliegenden Buches geht hervor, dass die Belastungslagerung eine Heilmethode der allgemeinen Praxis sein soll. Es war von jeher das Bestreben des Verfassers, die Methode über die Fachkreise hinaus populär zu machen. Es wird und soll seine Aufgabe sein, diese aus Gründen der Praxis dringend notwendige Popularisierung nach Kräften tunlichst zu beschleunigen. Das vorliegende Buch soll dazu beitragen. Aber niemand wird durch dieses Buch angeleitet oder verleitet werden, leichtfertig an die Behandlung heranzugehen. In jedem bezüglichen Abschnitt wird zur Vorsicht gemahnt.

Diese Worte aus dem Vorwort sollen an dieser Stelle wiederholt werden. Aber es handelt sich hier ja nicht ausschliesslich nur um den hervorragenden therapeutischen Wert, sondern auch, und nicht an letzter Stelle, um die einschneidende diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung, wenn hier mit Rücksicht auf die unserer Obhut anvertrauten Patientinnen die weiteste

Ausbreitung der im vorliegenden Buche gelehrtten Methode gefordert wird, gefordert werden muss.

Es bedarf nur des Hinweises darauf, dass der Praktiker durch die Belastungslagerung einen namentlich für die Bedürfnisse der Privatpraxis in der Mehrzahl der Fälle ausreichenden Ersatz für die Narkose zu diagnostischen Zwecken erhalten hat. Es ist gewiss kein Zufall, wenn in den im Laufe der Jahre in Fülle an den Verfasser gelangten Zuschriften hochstehender Kliniker, angesehener Fachgenossen und mitten in der Praxis stehender Kollegen an dieses prinzipielle Moment immer wieder angeknüpft wird. Und wenn in eben diesen und weiteren zahlreichen Briefen völlig spontan zur unermüdlichen Weiterverfolgung des selbstverständlich fest im Auge behaltenen Zieles der Popularisierung der Belastungslagerung aufgefordert und die allseitige Unterstützung in Aussicht gestellt wird, so dürfte hierin nur ein weiterer Beweis dafür zu suchen sein, dass man sich von der praktischen Bedeutung dieser diagnostischen und therapeutischen Methode an der Hand praktischer Beobachtung voll überzeugt hat.

Wie die tägliche Erfahrung, die fortdauernd an den Verfasser gelangenden Anfragen etc., und die Literatur lehren, beschäftigen sich bereits weite Kreise der Praktiker mit der Methode. Und gewiss wird sie in kurzer Zeit zum integrierenden Bestandteil des therapeutischen Rüstzeugs gehören. Mit Interesse nahm Verfasser Kenntnis u. a. von der Förderung der Belastungslagerung durch H. A. von Guérard, den hochgeschätzten Mitarbeiter an der Atmokaasis. In dem Jahresbericht seiner Privat-Frauenklinik findet sich (S. 19) eine Notiz über einen Vortrag, welchen derselbe in der Sitzung des Vereins der Ärzte Düsseldorfs über unser Verfahren gehalten hat. Es sei gestattet, auch die wenigen Bemerkungen aus dem Texte hier abzdrukken: „Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle die Belastungstherapie, welche wir in einigen Fällen, wo es sich um messerscheue Individuen handelte, mit bestem Erfolge zur Anwendung brachten. Vor allem waren es chronische, entzündliche, speziell exsudative Prozesse im Becken, welche ambulant behandelt wurden; auch in einigen Fällen von Vaginismus und Dyspareunia sah man schöne Resultate etc.“

Gerade bei den in Frage kommenden Krankheitszuständen ist der Praktiker, der Hausarzt, berufen mitzuhelfen und zu raten, zumal in den Kliniken bei der heutigen, in der „Einleitung“ geschilderten Sachlage für derartige Kranke weder Zeit noch Raum vorhanden ist. Charakteristisch ist u. a. die Bemerkung v. Erlachs in der Diskussion zu Halbans Vortrag, dass es ihm leider nicht möglich sei, mehr solcher Fälle zur Belastungslagerung aufzunehmen, da die Platzverhältnisse es nicht gestatten, die Betten mit solchen Fällen dauernd zu belegen. — Es handelt sich also um eine Geldfrage! Dieselbe Klage führt Foges (l. c. S. 5) über die Verhältnisse im Rudolfinerhause. Dabei möge man ernstlich bedenken, dass die drei ersten der von ihm mit der Belastungslagerung behandelten Patientinnen von den Hausärzten zur Operation ins Spital geschickt aber durch unsere

Methode von ihren Leiden ohne Operation befreit wurden. Dergleichen Belege liessen sich e literis in reicher Fülle beibringen. Deshalb unterstützte Verfasser jederzeit alle zu seiner Kenntnis gelangten, auf die Popularisierung der Methode gerichteten Bestrebungen.

Funke (Klinik Freund) schreibt in seinem letzten bezüglichlichen Aufsatz: „Professor Freund hat es sich angelegen sein lassen, die Methode durch Vorträge auf Ärzteversammlungen in die Kreise der praktischen Ärzte hineinzutragen. Denn gerade für den in der gynäkologischen Praxis beschäftigten Arzt hat die Belastungstherapie grosse Vorteile, gerade für ihn ist in der heutigen Zeit der Abneigung gegen medikamentöse Therapie die Bereicherung seines Schatzes an manuellen Handgriffen besonders wertvoll.“ Auch Halban (Klinik Schauta) (Diskussion, S. 1092) äussert sich in ähnlichem Sinne: es sei wünschenswert, dass die Methode auch in der Praxis Eingang finde, was um so leichter möglich sei, als sie gut ambulatorisch durchgeführt werden könne. Foges (Gersuny) (l. c. S. 5) sagte in seinem Vortrage: „Ich habe es nun trotz der kleinen Anzahl eigener Beobachtungen für angezeigt gehalten, über die Belastungstherapie vor praktischen Ärzten ausführlicher zu sprechen, wie sie die Therapie, auf deren Vorteile ich noch näher eingehen werde, im Privathause, wo Platz und Zeitmangel nicht in Frage kommen, am besten werden durchführen können.“ Auch Schneider (Klinik v. Rosthorn, Heidelberg) macht darauf aufmerksam, dass die Belastungslagerung „namentlich für den Praktiker von grossem Wert“ ist.

Dass Verfasser selbst in Vorträgen und literarisch für die Ausbreitung der Methode zu wirken sich bemühte, wurde bereits im Vorworte und an anderen Stellen des Buches kurz erwähnt. Und es war kein Zufall, dass die geklärtere Abhandlung über die Belastungslagerung als Festschrift zum Stiftungsfest des ärztlichen Vereins zu Danzig erschien. Es war eine Abhandlung aus der Praxis für die Praxis. Dieselben Erwägungen haben auch wohl den Herausgeber des Brit. gyn. Journal bestimmt, eine englische Übersetzung zu veranlassen.

Aber man wolle bei allen Empfehlungen therapeutischer Methoden als eigentlich selbstverständliche Forderung und Voraussetzung beachten, dass zu den Erfolgen „gute Beobachtung“, wie Fritsch treffend sagt, gehört. Gut beobachten kann man nur, wenn man die Diagnose und den Verlauf beherrscht. Wir befinden uns hier in einer sehr ähnlichen Lage wie bei der Atmokaussis. Nur insofern ist hier die Lage eine ruhigere und einfachere, als es sich nicht um intrauterine Therapie handelt und überhaupt die Entscheidung nicht vielfach so plötzlich und angesichts drohender Lebensgefahr der Patientin getroffen zu werden braucht.

Wer eine gynäkologische Diagnose zu stellen vermag, darf auch die Belastungslagerung in der Praxis verwerten. Es muss dabei besonders beachtet werden, dass ja gerade durch die Belastungslagerung die Stellung einer gynäkologischen Diagnose vielfach wesentlich erleichtert wird. Deshalb muss durchaus dahingestrebte werden, dass schon in den Kliniken beim Unterricht

auf den hohen diagnostischen Wert der Methode hingewiesen und derselbe an praktischen Beispielen klar vor Augen geführt wird. Ein selbständig denkender Arzt wird das in den Kliniken Gelehrte und dort Gesehene in der Praxis stets mit Nutzen verwerten können, wenn er es den Anforderungen des konkreten Falles anpasst.

Mutatis mutandis dürfen wir von der Belastungslagerung wie von der Atmokaussis sagen: Man wird fordern dürfen und müssen, dass zunächst mindestens die Leiter kleiner Landkrankenhäuser sich mit der Methode vertraut machen und für ihre Weiterverbreitung in der konsultativen Praxis sorgen, damit auch die Bewohner der kleinen Städte, der Dörfer und der Gutsbezirke den Segnungen des therapeutischen Fortschritts teilhaftig werden können. Wie oft besitzen gerade diese Kollegen, welche durch die Arbeitsteilung der Grossstadt nicht eingelullt werden, einen hohen Grad von Geistesgegenwart, gepaart mit sicherer Technik, vortrefflicher Diagnostik.

Die Gefahren der Methode sind doch ganz geringfügig, wenn man die oben beschriebenen Kautelen betreffs Menstruation, Fieber, Schwellung u. dgl. beachtet, wenn man vorsichtig vorgeht (Belastungskolpeurynter!), und erst dann mit der ambulatorischen Behandlung beginnt, wenn die Belastung subjektiv (Schmerzlosigkeit) und objektiv (anatomische Besserung) gut ertragen wird.

Ergo: Die Belastungslagerung ist eine diagnostische und therapeutische Methode der allgemeinen Praxis!

Anhang.

Die Kolpeuryntermassage.

Im Anschluss an die Publikation des Quecksilberluftkolpeurynters, des besser Belastungskolpeurynter genannten, bei der Technik der Belastungslagerung (S. 23) beschriebenen Apparates veröffentlichte Verfasser im Jahre 1901 im Zentralblatt für Gynäkologie die „Kolpeuryntermassage“ ge-

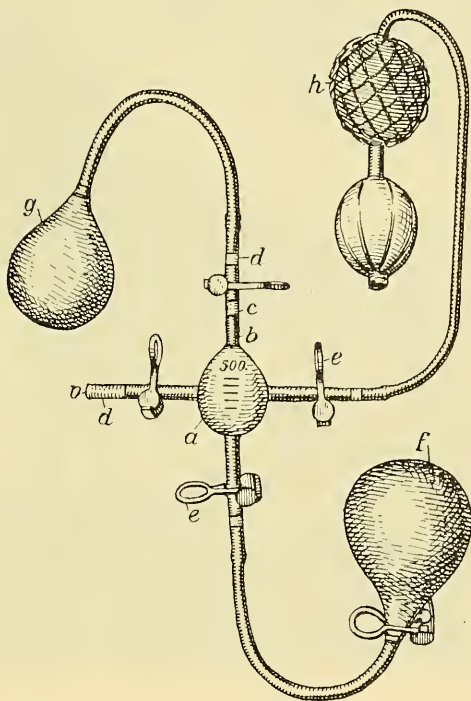


Abbildung 25.

Belastungskolpeurynter zur Kolpeuryntermassage.

nannte Heilmethode. Dieselbe hat in den wenigen Jahren eine weite Verbreitung gefunden und wird namentlich in den Kreisen der praktischen Ärzte oft verwertet.

Zur Vereinfachung des Verständnisses, zumal es sich hier um absolut neue Dinge handelt, sei der Belastungskolpeurynter hier nochmals abgebildet. Wird nun statt des gefüllten Kolpeurynters (f) ein leerer angefügt, so kann man diesen und den vaginalen Kolpeurynter (g) vom Gebläse (h) aus gleichzeitig mit Luft füllen. Die Anfüllung geschieht am besten in Mittelhochlagerung

(Abbildung 26), nachdem stets zuvor Blase und Mastdarm entleert sind. Die Kolpeurynter werden nur etwas über die Hälfte angefüllt. Je weniger straff dieselben gefüllt sind, um so grösser ist der Druck beim Zusammenpressen. Füllung etwas mehr als zur Hälfte ist, wie durch zahlreiche vergleichende Beobachtungen festgestellt werden konnte, am zweckmässigsten. Man kann sich leicht von der Wirkung überzeugen, wenn man beim Zusammenpressen

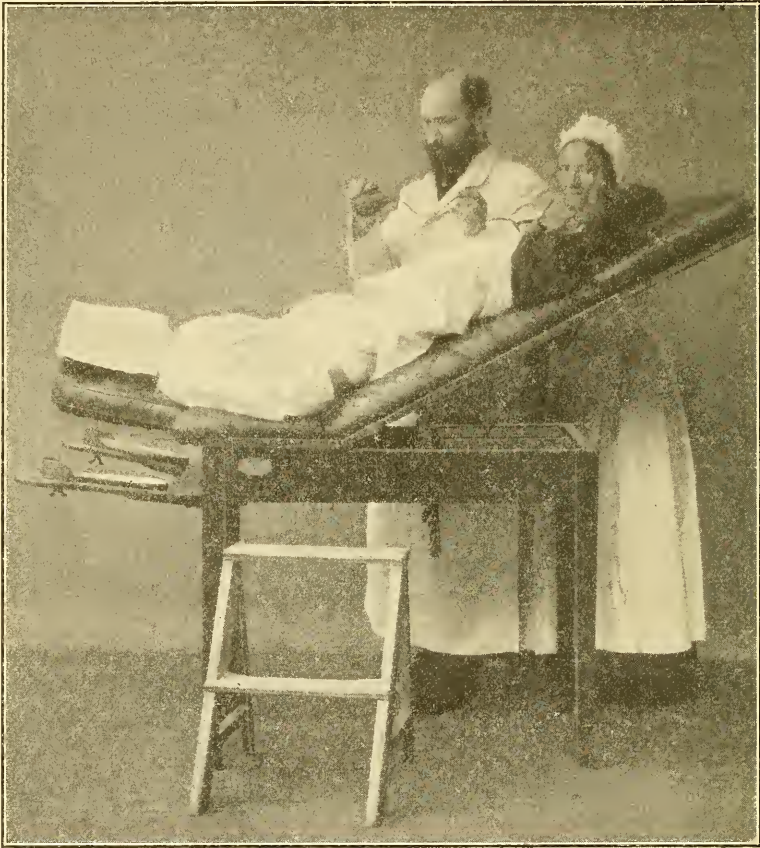


Abbildung 26.
Kolpeuryntermassage in Mittelhochlagerung.

einen Finger zwischen Vaginalwand und Kolpeurynter, oder ins Rektum einführt. Auch kann man experimenti causa die Wirkung leicht mit der Hand prüfen.

Dann wird man sich sofort überzeugen, dass es tatsächlich möglich ist, auf die beschriebene Weise einen erheblichen Einfluss auf die Zirkulationsverhältnisse der anliegenden Gewebe auszuüben. Man kann schliesslich auch durch Sperrung der zu g führenden Klemme, wie es z. B. oben bei der ambulanten Behandlung chronischer Beckenexsudate bereits gelehrt wurde, für

längere oder kürzere Zeit die Luft in dem vaginalen Balle vollkommen zurückhalten. In diesen Fällen muss der Kolpeurynter stets bis zu dem zulässigen Maximum ausgedehnt werden, d. h. bis zu jenem Maximum, welches im konkreten Falle ertragen wird, oder so weit, dass man immer noch den Finger zwischen Vaginalwand und Kolpeurynter einzwängen kann.

Die Kolpeuryntermassage selbst wird entweder in der Mittelhochlagerung (Abbildung 26) ausgeführt, wenn man vorwiegend die Teile in der Beckenweite und mehr nach oben hin beeinflussen will, oder aber in der gewöhnlichen Rückenlage, wenn man mehr die Umgebung des Dammes und das Rektum treffen will. In letzterem Falle muss man ausserdem in der Art der Abbildung Nr. 18 S. 115 von oben und aussen her einen konstanten oder intermittierenden Druck in der Richtung zur Beckenmitte ausüben. Die Einzelheiten ergeben sich im konkreten Falle ganz von selbst. Die Methode und ihre Technik sind so einfach, dass jeder sofort über alles wichtige im klaren ist. Kaum jemals ist in den zahlreichen Briefen von etwaigen Schwierigkeiten die Rede gewesen.

Wenn man beim Einlegen des Kolpeurynters ein wenig geschickt ist, so kann man jede Belästigung für die Patientin, jede Friktion und Reizung ausschliessen. Deshalb ist die Methode auch in jenen zahlreichen Fällen hysterischer, erotischer und erethischer Patientinnen zu verwerten, bei welchen nach des Verfassers Auffassung die gebräuchliche, gynäkologische Massage absolut kontraindiziert ist.

Das Einlegen des Kolpeurynters geschieht am besten mit Hilfe eines kurzen Röhrenspiegels in Mittelhochlagerung; man dirigiert den zusammengerollten Kolpeurynter mittelst einer langen Korn- oder Kolpeurynterzange bis hinter das Ende des Spiegels, hält dort denselben mit dem Spiegel selbst fest und bläst dann auf, indem man den Spiegel gleichzeitig langsam herauszieht. Will man das Einführen des Spiegels vermeiden, so kann man auch mit Hilfe der Zange bequem zum Ziele kommen. Wenige Augenblicke genügen, aber man führe dann stets die Fingerspitze in den Introitus ein, damit man schnell und sicher vorschieben kann. Bieten sich dennoch Schwierigkeiten, zumal es sich bei einem erheblichen Prozentsatz der in Frage kommenden Patientinnen um nervöse, aufgeregte, an Vaginismus und verwandten Zuständen leidende Frauen handelt, so muss man stets zuvor den ganzen Introitus und das Vestibulum vaginae kokainisieren. Das muss jedoch unter den wiederholt vom Verfasser beschriebenen Kautelen geschehen, d. h. die Frauen dürfen von dem Charakter und dem Zwecke der Flüssigkeit durchaus nicht unterrichtet werden. Auch muss man mindestens 6—8 Minuten nach der Einstäubung oder Einpinselung verstreichen lassen, damit die Anästhesierung eine ausreichende ist. Noch mehr zu empfehlen sind speziell bei Frauen mit Vaginismus und gleichzeitigen entzündlichen Erscheinungen in der Vaginalschleimhaut Einpinselungen mit Kokain und Adrenalin oder Einlagen von Suppositorien.

Liegt der Kolpeurynter gut, so warte man wenige Augenblicke und benutze diese, die Patientin zu tiefen Atemzügen nach Art der oben beschriebenen (S. 44) zu veranlassen. Dann beginne man langsam mit mässigem Druck zu komprimieren. Zwischen Druck und Nachlass muss eine kurze Pause eintreten, der Druck soll sehr langsam, der Nachlass sehr schnell erfolgen. Es ist der Rhythmus genau derselbe wie bei der forzierten Atmung. Man kann es allmählich genau so einrichten, dass die Massage synchron mit der forzierten Atmung erfolgt. Jedenfalls mache man auch bei der Massage nach dem schnellen Nachlass und vor Wiederbeginn des Druckes eine längere Pause.

Das alles wurde auf der Basis der Gesetze der Physiologie auf rein empirischem Wege festgestellt. Es findet durch das Anschwellen und das Nachlassen des Druckes, durch die gleichsam willkürlich schnellere und langsamere Folge der Bewegungen, ein regelmässiges Anschwellen und Nachlassen in der Resorption resp. in der Blut- und Gewebszirkulation statt. Für den rite ausgebildeten Arzt genügt wohl die Erklärung: Das Gewebe atmet verstärkt.

Es dürfte deshalb auch kaum in allen Fällen rationell sein, wie es wohl von einzelnen (e literis) geschah, in möglichst schneller Folge zu massieren. Das dürfte sich nur empfehlen, wenn es sich um schmerzhaft empfindungen handelt, welchen irgend ein anatomisches Substrat nicht zugrunde liegt. Aber auch dann erreicht man auf die oben beschriebene Weise gute Resultate, ohne dass man sich unnötig ermüdet oder die Patientin beunruhigt. In solchen Fällen erreicht man durch permanenten Druck im Anschluss an die eigentliche Massage, also durch längeres Liegenlassen des aufgeblähten Kolpeurynters nach Beendigung der Massage, nach unseren Beobachtungen die schnellsten Erfolge.

Zweifellos erzielt der Druck die günstige Wirkung. Man kann bei Supra-orbitalneuralgie durch anhaltenden, an- und abschwellenden Druck vorübergehende, auch dauernde Besserung erreichen. Dasselbe gilt von der Plexus-hyperästhesie, von welcher schon die Rede war. Weiter vermochte Verfasser in einer grösseren Reihe von Fällen bei hochgradiger Klitoris-anomie, welche namentlich in neuropathisch belasteten Familien oft, und zwar oft intensiv, vorkommt, durch permanenten (mehrere Minuten) oder intermittierenden Druck (Kokain) sofort Besserung und nach wiederholter Anwendung dauernde Heilung zu erzielen. Darüber wird an anderem Orte ausführlich berichtet. Also auch hier wird durch den Druck, welcher zunächst Anschwellung verursacht, die Reizempfindlichkeit der Nerven herabgesetzt, resp. beseitigt. Man muss sich demnach vorstellen, dass durch den Druck die Lebensenergie der Nervenfasern, sei es direkt, sei es durch veränderte Zirkulation, sei es durch molekulare Umlagerung, herabgesetzt wird. Das klingt etwas mystisch. Allein, man muss mit Virchow zugeben, dass die Möglichkeit der Erklärung kein naturwissenschaftliches Kriterium ist, denn wir wissen vieles empirisch, für welches uns die Erkenntnis des Grundes abgeht.

Man kann intelligenten Frauen, auch verständigen Wärterinnen, genaue Anweisung geben und dann die Einwirkung beliebig lange und mit beliebigen Pausen ausdehnen. Der Kolpeurynter kann geeignetenfalls 1—3 Tage und noch länger liegen bleiben. Man kann dann einmal oder mehrmals am Tage massieren, oder in den aufeinanderfolgenden Tagen die Massage anwenden, ohne dass man die Patientinnen mit dem Einlegen des Kolpeurynters zu belästigen braucht. Das ist besonders bei Vaginismus von erheblichem praktischem und therapeutischem Wert.

Die Kolpeuryntermassage ist namentlich indiziert bei chronischen Affektionen in den Parametrien und Adnexen, nichtexsudativer Natur, namentlich wenn Schmerzen vorhanden sind. Bei den exsudativen Prozessen ist die eigentliche Belastung die bei weitem überlegene Methode. Es handelt sich ferner besonders um die Behandlung der Reizungszustände in der Beckenmuskulatur, welche vom Verfasser als *Myodynia intrapelvica sexualis* beschrieben wurden. Sie entstehen bei masturbierenden Mädchen und Frauen, bei *Impotentia coeundi* des Mannes, bei *Coitus interruptus* und häufigem unvorsichtigem, resp. rohem Gebrauche der Okklusivpressare und überhaupt durch Missbräuche beim Präventivverkehr. Es sind den bei den Sympathikusneurosen beschriebenen ähnliche pathologische Zustände, welche so häufig zu allen möglichen Neuralgie-diagnosen verleiten. Auch *Dyspareunia*, *Vaginodynie* gehören hierher; schliesslich auch die Erschlaffungszustände im Genitalschlauche (*Myasthenia intrapelvica sexualis et stercoralis* Verf.), mangelhafter Tonus in der Wand der Vagina und in ihrer Umgebung.

Besondere Beachtung verdient die günstige Wirkung der Kolpeuryntermassage auf schlecht involvierte Uteri, solange die Kontraktilität einigermaßen erhalten geblieben ist. Kombiniert man in solchen Fällen die Massage mit einer kurz dauernden Atmokaussis, welche weniger kaustisch als irritierend auf die Muskulatur einwirkt, so erzielt man schnelle und gute Erfolge, vollkommene Involution. Auch bei der Behandlung der *Constipatio mulierum chronica muscularis s. traumatica* (Verf.) tut die Kolpeuryntermassage gute Dienste, indem sie die erhaltengebliebenen Muskelbündel des Levator anregt und den Tonus in der Wand des Rektum wiederherstellt. In einigen dieser Fälle wurde zur Erzielung eines prompteren Erfolges der Kolpeurynter in das Rektum eingeführt. Dasselbe empfiehlt sich bei Venenschwellungen im Rektum (Hämorrhoiden).

Schliesslich besitzen wir in der Kolpeuryntermassage ein wirksames Mittel zur Anregung und Verstärkung von Geburtswehen. Sie wirkt besser als der Wasserkolpeurynter.

Für diesen Zweck empfiehlt sich besonders der herzförmige Kolpeurynter (s. oben S. 27), zumal die von den Seiten her andrängenden Teile einen verstärkten Reiz auf den Uterus, resp. die *Portio vaginalis*, ausüben.

Schon in der ersten Publikation über diese Methode brachte Verfasser die Notiz, dass ihm bei der Durchsicht der Literatur ähnliche therapeutische Verfahren nicht bekannt wurden. Dasselbe Ergebnis der Nachforschungen

darf auch heute festgestellt werden. Die Nachforschungen wurden angestellt, um unerquicklichen Prioritätsstreitigkeiten vorzubengen. Der Zufall fügte es, dass in derselben Nummer des Zentralblattes für Gynäkologie (32, 1901) der eigenen Publikation unmittelbar folgend ein kurzer Aufsatz von Huppert über die Behandlung des Vaginismus mittelst Kolpeurynters erschien, in welchem die langsame Dehnung mittelst Wasserkolpeurynters empfohlen wurde, eine Methode, welche wir wohl alle schon früher gelegentlich in der Praxis gebraucht haben. Neu daran war vielleicht die genaue Dosierung der im konkreten Falle zu verwendenden Wassermenge.

Im folgenden Jahre erschien dann in der Deutschen medizinischen Wochenschrift ein Aufsatz von Holz, in welchem derselbe die Vorzüge der Kolpeuryntermassage durchaus anerkennt und gleichzeitig einen kleinen Apparat veröffentlicht, welcher aus einem nach Art eines Kolpeurynters aufzublasenden Gummiball besteht, welcher dauernd im hinteren Scheidengewölbe liegen bleiben soll und durch ein ringförmiges Zelluloidpessar festgehalten wird. Der Autor nennt die durch Bauchpresse etc. zustande kommende Massagewirkung eine „automatische“ gegenüber der „dynamischen“ Kolpeuryntermassage des Verfassers. Er schreibt: „Zur Dehnung der verdickten Bänder (Parametritis posterior) eignet sich mein Apparat ausgezeichnet, so dass ich jedem Kollegen nur empfehlen kann, neben der dynamischen Massage, wie sie Pincus angibt, die automatische Kolpeuryntermassage anzuwenden“. Wir begannen sofort nach der Zusendung des kleinen Apparates mit den Versuchen in der Praxis, konnten jedoch nennenswerte Erfolge nicht erzielen, wenngleich zugegeben werden muss, dass wohl eine geringfügige Elevation und Rubigstellung des Uterus in einigen Fällen beobachtet werden konnte, im allgemeinen jedoch ein Einfluss auf Schmerzen und Tonus noch weniger in Erscheinung tritt, als bei den von Prochownik, nach dem Vorgange von Bozeman, in die gynäkologische Massage eingeführten vaginalen Massagekugeln. Man wird zweifellos besser daran tun, die wesentlich rationellere und wirksamere Kolpeuryntermassage, wie sie oben beschrieben wurde, und in den Fällen schmerzhafter Retraktors (Parametritis posterior) die schnell und prompt helfende Quecksilberbelastung zu verwerten, aber in Verbindung mit der Mittelhochlagerung, also: die typische Belastungslagerung.

Literaturverzeichnis.

1. Adler, A., Beitrag zur Lagerungsbehandlung (Bauchlage). Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 43, S. 1517.
2. Amann, J., Rede zum 25jähr. Jubiläum der gynäk. Poliklinik im Reisingerianum den 10. Mai 1893; s. Münch. med. Wochenschr. 1893, Nr. 20, S. 386.
3. Andersson, Om Kännosjukdomarnas frekvens och prophylaxis. Hygiea 1875, S. 1.
4. Arndt, R., Biologische Studien, I, 1892.
5. Auvard, A., Behandlung der Salpingo-ovaritis durch intermittierende Kompression. Semaine méd. 1892, Nr. 46. Refer.: Allgem. med. Zentralzeitung 1893, Nr. 4, S. 40.
6. Derselbe, Traité pratique de Gynécologie, S. 285 f. Illustrationen.
7. Derselbe, Über Scheidentamponade. Zentralbl. f. Gyn. 1898, Nr. 12, S. 303.
8. Derselbe, Prakt. Lehrbuch der Gynäkologie. 2. Aufl. Deutsche Übers. v. Löwenhaupt 1898, Bd. I, S. 269. Abbildung.
9. Aveling, J. H., The use of the inclined plane. The American Journ. of Obstetr. etc. 1892, Vol. XXV, S. 782.
10. Bandl, L., Die Krankheiten der Tuben, der Ligamente und des Beckenperitoneum. Pitha-Billroth, Handb. der allgem. u. spez. Chirurgie 1879, IV, Liefg. 5, Kap. 3, S. 137. S. auch 2. Aufl. des Handbuchs.
11. Beckers, Meine (!) „Lagerungsbehandlung“ etc. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 34, S. 1178.
12. Benckiser, A., Über die Behandlung der Blutungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, und die Behandlung der akuten Anämie. Sammlung zwangl. Abhandl. (Graefe), Halle 1897, Bd. 1, H. 7.
13. Benicke, F., Über die Geburtsstörungen durch die weichen Geburtswege. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1878, S. 262.
14. Benttner, O., Über gynäkologische Massage in Beckenhochlagerung. Zentralbl. f. Gyn. 1897, Nr. 19, S. 544.
15. Derselbe, Du massage et du diagnostic gynécol. dans la position déclive, avec recherches critiques. Revue méd. de la Suisse romande 1898, Avril.
16. Derselbe, e lit. Untersuchungstisch zur Belastungslagerung. (Hausmann, St. Gallen).
17. Derselbe, in Maystre, Antoinette: De la Gynécol. à Genève, Thèse 9, Genève 1902, S. 48.
18. Bloch, M., Observation de Rétroversion. Guérison par l'abaissement forcé de l'uterus. Annales de Gynécol. 1885. T. XXIII. S. 198.
19. Bourneville, Progrès médical 1877, S. 385, 487; 1881, S. 22.
20. Bozeman, „Columning“ the Vagina in Pelvic Adher. The American Journ. of Obstetr. etc. 1882, S. 198.
21. Derselbe, The value of graduated Pressure etc. Atlant. Med. Register 1883, Jan.
22. Braun, R. v., Diskussion zu dem Vortrage Halbans (s. d.). Zentralbl. f. Gyn. 1899, 35, 1091.

23. Breisky, Prag. medicin. Wochenschrift 1884, Nr. 33.
24. Bröse, Diskussion zu Steffek (s. d.). Zentralbl. f. Gyn. 1900, Nr. 46, S. 1238.
25. Budin, P., Quelques remarques sur la contraction physiol. et pathol. du muscle releveur de l'anus chez la femme. Progrès méd. 1881, Nr. 32—35.
26. Burkart, R., Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica, Dyspepsia nervosa. Bonn 1882.
27. Caesalpinus, A., *Κατοπτρον*, s. Spekulum art. med. Frankforti, Ao. 1605, Cap. V, S. 10.
28. Campbell, H. F., Résumé of a report on poitrine, pneumatic pressure and mechanical appliance in Uterine Displacements. Atlanta Georgia 1875. Virchow - Hirsch Jahresber. Berlin 1876, Bd. 2.
29. Derselbe, Pneumatic self-replacement in dislocations of the gravid and non-gravid Uterus. Transact. of the Americ. Gyn. Soc. 1876, S. 222 f. u. 1877, Bd. 1. S. 198 f.
30. Celsus, De med. libr. VIII, ed. Daremberg, VII, S. 29.
31. Charcot, A. (Féré, Ch.), Compresseur de l'ovaire. Le Progrès med. 1881, S. 491.
32. Chrobak, L., Zur Therapie der chronischen Parametritis. Wiener med. Presse 1881, Nr. 11.
33. Derselbe, Diskussion zu Halban (s. d.). Zentralbl. f. Gyn. 1899, 35, 1091.
34. Clark, A review of the non-operative treatment of certain pelvic inflammatory lesions. The Americ. Gyn. and Obstetr. Journ. XVI, Nr. 4, S. 363.
35. Coe, H. C., Is disease of the uterine appendages as frequent as it has been represented? The Americ. Journ. of Obstetr. 1886, June.
36. Derselbe, Can old intrapelvic adhesions be stretched by continuous pressure applied through the vaginal fornix? The American Journ. of Obstetr. 1887. S. 60.
37. Derselbe, The vaginal tampon in pelvic adhesions, e. l. S. 516.
38. Copeman, The use of the tow pessary. The Brit. med. Journ. 1874, S. 23.
39. Courty, Anneau-Levier à arc cervical et redressement de l'utérus par l'introduction de l'air dans de vagin, appliqués au traitement de la rétroflexion. Annal. de Gynécol. 1880, Nov. Bd. 14, S. 321.
40. Czerny, V., Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrh. und ihre Beziehungen zum Unterricht. Rektoratsrede. Heidelberg, Hörning 1903.
41. Doederlein, Krankh. der Tuben etc. in Küstner, Lehrb. d. Gyn. Jena 1901.
42. Doléris, Über das physiol. Ziel u. die Notwendigkeit einer konservativen Chirurgie in der Gynäkologie, Vortrag in der Sektion für Geb. u. Gyn. des X. internationalen Kongresses zu Berlin 1890.
43. Donaldson, Bodily posture in gynecology. The American Journ. of Obstetr. 1885, May, S. 481.
44. Duplay, Antrittsvorlesung. Progrès médical, IX, 1881, S. 59.
45. Emmet, Th. A., Pelvic inflammations etc. Transact. of the Americ. Gyn. Soc. 1886. S. 101.
46. Derselbe, The inclined plane as an important and in the treatment of diases of women. The American Journ. of Obstetr. etc. 1892, Vol. XXV, S. 365.
47. Derselbe, Cf. Bantock in der Diskussion zu Imlach: On the treatment of the prolapsed ovaries etc. The Brit. Gyn. Journ. 1886, S. 375.
48. Erb, W., Über Augenblicksdiagnosen. 62. Vers. Deutscher Naturforscher und Ärzte. Heidelberg 1889.
49. Erlach, v., Diskussion zu Halbans Vortrag. Zentralbl. f. Gyn. 1899. Nr. 35.
50. Derselbe, Diskussion zum Vortrag von Pflanz. Zentralbl. f. Gyn. 1899. Nr. 42.
51. Estevenet (V elpeau), Kompression als Heilmittel verschiedener Entzündungen. Journ. hebdom. 1836, Nr. 15. Schmidts Jahrb. 1836, XII, S. 17.
52. Fabricius, S. Diskussion zu Halbans Vortrag. Zentralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 35.
53. Falk, E., Therapeutisches aus der Sektion f. Geb. u. Gyn. der 71. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte in München, Sept. 1899. Therapeut. Monatshefte 1900, April, S. 207.
54. Foges, A., Über Belastungstherapie. Wiener med. Presse 1901. Nr. 9.

55. Fothergill, The systemic relations of the menstrual week. The American Journ. of Obstetr. etc. 1881, XIV, S. 38.
56. Frankenhäuser, Die Nerven der Gebärmutter. Jena 1867.
57. Fränkel, E., Abschnitt: Belastungstherapie in: Enzyklopäd. Jahrbücher der gesamt. Heilkunde. Neue Folge, Bd. I, 1902.
58. Freund, W. A., Über Resorptionskuren. Vortr. in der Sektion f. Geb. u. Gyn. der 69. Vers. Deutsch. Naturf. u. Ärzte in Braunschweig 1897. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1897, Nr. 40, S. 1195.
59. Freund, H. W., Über die feineren Veränderungen der Nervenapparate im Parametrium bei einfach. u. parametr. Atrophie. Arch. f. Gyn. Bd. XXVII.
60. Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. 8. Aufl. 1897, 9. Aufl. 1900, 10. Aufl. 1901.
61. Derselbe, Aus der Breslauer Frauenklinik. Bericht über die gynäkolog. Operationen des Jahrg. 1891/92. Berlin 1893, S. 110 u. a.
62. Derselbe, Über vaginale Köliotomien. Vortrag auf der 72. Vers. Deutscher Naturf. und Ärzte zu Aachen 1900. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900, Bd. XII, Heft 4, S. 518 f. „Schlusswort“ S. 520.
63. Frost, E. F., Vaginodynie, Krampf des Perineum. The New York Med. Record 1893. April 8.
64. Funke, A., Über die Behandlung chronischer Affektionen der weiblichen Beckenorgane, spez. der chronisch entzündlichen, mittelst Schrotbelastung. Aus der Frauenklinik der Universität Strassburg. Beiträge zur Geb. u. Gyn. (A. Hegar) 1898, Bd. I, Heft 2. (S. A.)
65. Derselbe, Beitrag zur Belastungstherapie bei Retroflexio uteri gravidi. Aus der Univers.-Frauenklinik Strassburg. Zentralbl. f. Gyn. 1900, Nr. 8.
66. Gallard, T., Leçon d'ouverture du 24 Nov. 1885. Annal. de Gynécol. etc. 1885, T. II, S. 425.
67. Glaevecke, Körperliche und geistige Veränderungen im weibl. Körper nach künstl. Verlust der Ovarien einerseits, des Uterus andererseits. Arch. f. Gyn. 1889, Bd. XXXV, Heft 1.
68. Goodell, W., Some practical hints for treatment and for prevention of uterine disorders. Philadelphia medic. and surg. Reporter 1874, Jan. Febr.
69. Derselbe, Journ. of Americ. med. Association 1888, July 7, S. 5.
70. Guéniot, Note sur le traitement des douleurs lombo-abdominales dépendentes d'un déplacement utérin. Arch. de Tocologie, Mai 1876, S. 257.
71. Guérard, H. A. v., Jahresbericht der Privat-Frauen-Klinik für 1902. Düsseldorf 1902, S. 19.
72. Haeser, Geschichte der Medizin 1875, Bd. 1, S. 102, 199 u. a.
73. Halban, J., Über Belastungstherapie. Aus der Klinik Schauta, Wien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1899, Bd. X. Nach einem in der Wien. gyn. Gesellsch. am 21. Febr. 1899 gehaltenen Vortrage.
74. Derselbe, Vortrag u. Diskussion. Zentralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 35, S. 1087 u. 1090 f. Fabricius, v. Erlach, R. v. Braun, Schauta.
75. Hassing, M., De Colica Scortorum Disquisitio, Hauniae 1848.
76. Hecker, Die methodische Kompression als Heilmittel, ein Beitrag zur Materia chirurgica. Medizin. Annalen, Bd. V, Heft 3.
77. Hegar, A., Hegar und Kaltenbach: Die operative Gynäkologie, 3. Aufl. Stuttgart 1886, S. 24, 154 u. a.
78. Derselbe, Über einige Folgezustände hochgradiger Erschlaffung der Beckenbauchwand. Deutsche med. Wochenschrift 1884, X, Nr. 36.
79. Derselbe, Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells. Deutsch. med. Wochenschrift 1897, Nr. 45.
80. Derselbe, Die Rückenmarksdehnung. Ein Beitrag zur mechanischen Behandlung der Nervenkrankheiten. Volkmannsche Samml. klin. Vortr. 1884, Nr. 239 (Gynäk. Nr. 65).

81. Hegar, A., Der Zusammenhang der Geschlechtskrankheiten mit nervösen Leiden und die Kastration bei Neurosen. Stuttgart 1885.
82. Hennig, C., Über die Temperatur Menstruierender. Memorabilien 1882, Nr. 4.
83. Hicks, Br., On a cause of uterine displacements, not hitherto mentioned, contra-indicating the use of pessaries. The Lancet 1886, March 20.
84. Highmorus, Exercit. duae: De Passione Hysterica et de Affectione Hypochondrica. Amstelodami, ohne Jahr.
85. Hildebrandt, Über Krampf des Levator ani beim Koitus. Arch. für Gyn. 1872, Bd. III, S. 221 f.
86. Hippokrates, De morb. mulier. Edit. Littré, I, 69, II, 144.
87. Holz, Ein einfacher Apparat zur Kolpeuryntermassage. Deutsche medizin. Wochenschrift 1902, Nr. 34.
88. Huppert, L., Behandlung des Vaginismus mittelst Kolpeurynter. Zentralbl. f. Gyn. 1901, Nr. 32.
89. Isaac, De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. Nonv. Arch. d'Obstétr. et de Gynécol. Paris 1895, Nr. 6 f.
90. Kehrler, E., Aus der Univers.-Frauenklinik zu Bonn. Beitrag zur Behandlung chronischer Beckenexsudate. Zentralbl. f. Gyn. 1901, 52, S. 1411.
91. Kersch, Über Veränderungen der Körpertemperatur durch den Menstruationsprozess. Memorabilien 1882, Nr. 2.
92. Kleinwächter, L., Die geschichtliche Entwicklung der Geburtshilfe mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Gynäkologie. Handb. der Geburtsh., Bd. I, 1888. Abschn. I.
93. Küchenmeister, Der Kolpeurynter als Lageverbesserungsmittel bei falschen Lagen der Gebärmutter. Östr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1869. Nr. 48 u. 49.
94. Küstner, O., Grundzüge der Gynäkologie, Jena 1893 u. 2. Aufl. (Lehrb.), Jena 1901.
95. Lederer, A propos des obstacles à la fécondation du Prof. Pajot. Annal. de Gyn. 1886. Juin.
96. Leisrink, Torfmoosschläuche zur Tamponade der Vagina. Berl. klin. Woch. 1882, Nr. 39, 1883, Nr. 26.
97. Lobingier, K. R., Mechanical influence in pelvic disorders. Philadelph. Medical News 1892, 16, I, S. 63.
98. Mainzer, F., 200 vaginale Radikaloperationen wegen chron. eitriger und entzündl. Adnexerkrankungen etc. Aus der Frauenklinik von L. Landau, Berlin. Archiv für Gyn. 1897, LIV, Heft 3, S. 421 f., spez. S. 486.
99. Mauswetoff, A., Über die Behandl. der entzündl. Zustände des Uterus etc. Wratsch 1900, Nr. 1; Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 4.
100. Martin, The use of the tow-pessary. The Brit. med. Journ. 1874, Nov. 7, S. 588.
101. Masson, An old Highland form of Massage, populary practised for the prevention of consumption. Brit. med. Journ. 1889, April 20.
102. Maystre, A., De la Gynécol. à Genève. Thèse de Genève 1902, S. 48.
103. Mendes de Leon, Ein neues Untersuchungsverfahren. Zentralbl. f. Gyn. 1888, Nr. 21.
104. Mitchel, W., Die Behandlung gewisser Formen von Neurasthenie und Hysterie. Übers. von G. Klomperer. Berlin 1887.
105. Neugebauer, Fr., Artikel Ovarie in „Bibliothek der gesamt. mediz. Wissensch. usw.“, Abteilung für Geburtsh. u. Gynäk., Wien u. Leipzig 1895, S. 567 f.
106. Nothnagel, H., „Über die Grenzen der Heilkunst“. Vortrag in der ersten allg. Sitzg. der 64. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte in Halle 1891.
107. Nussbaum, v., Über Transfusion, Infusion u. Autotransfusion. Therapeut. Monatsh. 1887, Oktober.
108. Oliver, Some points in uterine pathology. The New York med. Record. 1886, Aug. 14.
109. Olshausen, R., in Dissertation von R. Wolff, s. d.

110. Derselbe, Klin. Beiträge zur Gynäk. u. Geburtsh., Stuttgart 1884, S. 188.
111. Ott, v., Gesetz der Perioozität der physiol. Funktion im weibl. Organismus. Vortr. in der 8. Abt. des X. internat. Kongress zu Berlin 1890. Ref. Zentralbl. für Gyn. 1890, Beilage, S. 31.
112. Pflanz, Vortrag über vaginale Wärmeapplikation etc. in der geburtsh.-gyn. Gesellsch. in Wien. Sitzg. v. 25. April 1899. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 42; S. 1297. e. l. Diskussion Schauta, v. Erlach.
113. Pincus, L., Eine neue Methode der Behandlung entzündlicher, namentlich exsudativer Beckenaffektionen mittelst „Belastungslagerung“. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1898, Bd. XXXIX, H. 1. Zugleich erschienen in: Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn.; Festschrift zum 50jährigen Doktorjubiläum Heinrich Abeggs. Stuttgart, Enke, 1898.
114. Derselbe, Über Belastungslagerung etc. Therapeut. Monatshefte 1899, Mai.
115. Derselbe, Vortrag über die diagnostische Bedeutung der Belastungslagerung auf der 71. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte in München. Sept. 1899. S. „Verhandlungen“.
116. Derselbe, Der Quecksilberluftkolpeurynter. Kolpeuryntermassage. Zentralbl. f. Gyn. 1901, Nr. 32.
117. Derselbe, Der Belastungskolpeurynter. Zentralbl. f. Gyn. 1902, Nr. 36.
118. Derselbe, Zur Praxis der Belastungslagerung. Volkm. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 322. 1902. Auch erschienen als: Festschrift zum 25jährigen Stiftungsfest des ärztl. Vereins zu Danzig. Leipzig; Breitkopf u. Härtel, 1901.
119. Derselbe, Artikel Belastungstherapie in der Enzyklopädie der Geb. u. Gyn. (Sänger v. Herff), 1900.
120. Derselbe, Über die Constipatio myogenita s. muscularis mulierum chronica. Arch. f. Gyn. 1897, LIII, 3, S. 465 f., spez. 501 f., s. auch: Über die Constipatio mulierum chron. muscularis s. traumatica. Virchows Arch. 1898, Bd. 153.
121. Derselbe, Atmokaussis und Zestokaussis. Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie. Wiesbaden, Bergmann, 1903, S. 263 u. a.
122. Derselbe; Die sog. Myositis progressiva ossific. etc. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1896, XLIV, H. 1 u. 2, S. 217.
123. Derselbe, Praktisch-wichtige Fragen zur Nagel-Weitschen Theorie. Volkm. Samml. klin. Vortr. N. F. 1901, Nr. 299/300, S. 14.
124. Derselbe, Ein prophylaktischer (Eduard Martinscher) Handgriff in der zweiten Periode der Beckenendgeburt und weiteres zur Prognose derselben. Berliner Klinik, 1896, Febr., H. 92, S. 13 u. a.
- 124a. Derselbe, Belastungslagerung, Elevation of the pelvis etc. The Brit. Gyn. Journ. Part. LXXVIII. 1904, Aug., Nov.
125. Polano, A., Die Heisslufttherapie in der Gynäkologie. Mediz. Gesellsch. in Giessen, Sitzg. 16. Dez. 1902 (S. A.) s. auch Zentralbl. f. Gyn. 1901, Nr. 30.
126. Pozzi, S., Lehrb. der Gynäkologie. Übers. von Ringier, Basel 1892, S. 85.
127. Prochownick, L., Massage in der Frauenheilkunde. Hamburg u. Leipzig 1890.
128. Derselbe, Die Behandlung alter Beckenexsudate. Deutsch. med. Wochenschr. 1882, Nr. 32 f.
129. Rabuteau, De l'influence de la menstruation sur la nutrition. Gaz. hebdom. 1870, Nr. 26.
130. Ramy, Transact. of the Americ. Gyn. Soc. 1891- Cit. bei R. Lomer, Zur Frage der Heilbarkeit des Karzinoms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 50, H. 2. 1903. (S. A., S. 19.)
131. Reinick, J. E., Disputatio de uteri delapsu. Gedani, 1732.
132. Reinl, C., Die Wellenbewegung der Lebensprozesse des Weibes. Volkm. Samml. klin. Vorträge. Nr. 243.
133. Révillout, Les Constricteurs du vagin. Le vaginisme supérieur et le vaginisme proprement dit. Gaz. des hôpit. 1874, Nr. 100, Août 29.
134. Ritgen, Die Geburtshilfe des Hippokrates. Gemeins. deutsche Zeitschr. f. Geburtshilfe. Bd. 4, 5 u. 6.

135. Rosthorn, A. v., Vortrag von Schneider (s. d.) über Belastungstherapie. (Aus der Heidelberger Univers.-Frauenklinik).
136. Derselbe, Über Erkrankung der Eileiter. Wien. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 13 f.
137. Sängler, M., Über Zugmassage. Vortr. in d. Gesellsch. f. Geburtshilfe zu Leipzig, 17. Juni 1889. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1890, 19, S. 345.
138. Schauta, Fr., Über die Beckenhochlagerung bei gyn. Operat. Wien. med. Woch. 1892. Nr. 1.
139. Derselbe, Diskussion zu Halban (s. d.), Zentralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 35 u. Pflanz (s. d.) e. l. Nr. 42.
140. Schneider (Klinik von Rosthorn), Über Belastungstherapie in der Gynäkologie. Vortrag im naturhistor.-med. Verein zu Heidelberg, 14. Juli 1903. Ref. Münch. med. Woch. 1903, Nr. 42 und Neue Therapie, 1903, Nr. 8.
141. Schulze, B. S., Über die Diagnose und Lösung periton. Adhäsionen etc. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1888, XIV. H. 1, S. 26.
142. Simpson, Edinburgh med. and surg. Journal, 1861, Dez.
143. Steffeck, Diskussion, Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, Sitzg. v. 13. Juli 1900. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1900, Nr. 46, S. 1237.
144. Stratz, C. H., Zur Behandl. der Beckenperitonitis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1900, Bd. XLII, H. 1.
145. Talma, S., Zur Kenntniss des Leidens des Bauchsymphathikus. Deutsch. Archiv f. klin. Mediz. 1892, Bd. XLIV, S. 197 f.
146. Trélat, In Duplay (s. d.), Progrès med. 1881, IX, S. 59.
147. Derselbe, Leçons sur les prolapsus des organ. génit. de la femme. Annal. de Gyn. etc. 1888, T. I, Mai.
148. Trendelenburg, Fr., Über Blasenscheidenfisteloperat. u. Beckenhochlagerung bei Operat. in d. Bauchhöhle. Volkm. Samml. klin. Vortr. Nr. 355.
149. Ullmann, E., Das Abtasten des Uterus und der Ovarien bei in d. Rektum eingeführt. Kolpeurynter. Zentralbl. f. Gyn. 1888, Nr. 12, S. 177 f.
150. Veit, J., Über die Technik der Laparotomie. Berl. Klinik, 1889, H. 15.
151. Derselbe, Lehrbuch der gynäkol. Diagnostik. 3. Aufl.
152. Virchow, R., Histor., Krit. u. Positives zur Lehre von den Unterleibsaffektionen. Virchows Archiv, 1853, Bd. V, H. 3, S. 281 f.
153. Derselbe, Zellulärpathologie, 4. Aufl. S. 153.
154. Waldstein, Vortrag u. Demonstr. über Belastungstherapie in der Wien. gyn. Gesellschaft., Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1902, S. 1308.
155. Waugh, W. S., Über Verwendung der Kompression bei Beckenexsudaten. Philad. med. a. surg. Reporter, XLIX, 17, 1883, Oct.
156. Wernitz, J., Zur Behandl. von Beckenexsudaten. Zentralbl. f. Gyn. 1889, Nr. 45, S. 777.
157. Wiedow, W., Über Bauchfellerschlaffung. Verhandl. der Deutsch. Ges. f. Gyn. 1888.
158. Winckel, Fr., v., Lehrb. der Frauenkrankh., 2. Aufl. Leipzig 1890, S. 7, 719 u. a.
159. Derselbe, Behandl. der von den weibl. Genital. ausgeh. Entzünd. des Bauchfells u. des benachbart. Zellgewebes. Im Handb. d. spez. Therapie innerer Krankh. (Penzoldt-Stintzing), Jena 1897. Supplementbd. I, H. 2.
160. Winter, G., Lehrb. der gynäkol. Diagnostik, 2. Aufl. Leipzig 1898.
161. Wolff, E., Beitrag zur Belastungstherapie. Inaug. Dissert., (Olshausen) Berlin 1900.

Namen-Verzeichnis.

A.

Abegg 8, 10, 14, 18, 27, 29.
 Adler 70.
 Aëtius 3, 8.
 Amann 52.
 Andersson 2.
 Arndt 128.
 Auvard 11, 13, 29, 34.
 Aveling 10.
 Avicenna 8.

B.

Bandl 47.
 Beckers 70.
 Benckiser 46.
 Benicke 124.
 Beuttner 10, 18, 52, 57.
 Billroth 99.
 Bloch 12.
 Boerhave 11.
 Bornträger 102.
 Bourneville 11.
 Bozeman 12 f., 29.
 Brandt 51.
 Braun v. 71, 104.
 Breisky 13.
 Bröse 80.
 Budin 124.
 Burkhart 125.

C.

Caesalpinus 15, 70.
 Campbell 9.
 Capeman 12.

Celsus 9, 11.
 Charcot 11.
 Chrobak 2, 12, 38.
 Courty 9.
 Cramer 120.
 Czerny 6.

D.

Debove 11.
 Diokles 9, 11.
 Doederlein 6.
 Doléris 5.
 Donaldson 10.
 Dupley 5.

E.

Eberhart 15.
 Emmet 5, 10.
 Erb 120.
 Erlach v. 70, 71, 104, 132.
 Euenor 11.
 Euryphon 9.

F.

Fabricius 71, 104.
 Fehling 14.
 Fleiner 119.
 Foges 2, 15, 51, 70, 78, 88,
 132, 133.
 Fothergill 65.
 Frankenhäuser 30, 84, 122, 123.
 Fränkel 1, 15.
 Franz v. Piemont 9
 Freund, H. W. 123.

Freund, W. A. 14, 15, 22, 39,
 41, 63, 79, 81, 100, 133.
 Fritsch 1, 2, 6, 9, 16, 19, 53,
 54, 70, 75, 81, 85, 88, 100,
 124, 133.
 Frost 124.
 Funke 14, 15, 22, 34, 41, 51,
 53, 54, 65, 68, 72, 81, 84,
 87, 100, 105, 133.

G.

Galenus 8.
 Gallard 121.
 Gariel 13, 27.
 Gehrung 119.
 Gersuny 133.
 Glävecke 5.
 Goodell 93, 124.
 Guéniot 11.
 Guérard v. 132.

H.

Halban 2, 8, 15, 22, 29, 39, 41,
 50, 51, 71, 81 f., 100, 104,
 105, 107, 132, 133.
 Hecker 11.
 Hegar 1, 5, 12, 18, 120, 122,
 129, 130.
 Hennig 64.
 Hicks 95.
 Highmorus 11.
 Hildebrandt 124.
 Hippokrates 4, 8, 9.
 Holz 140.
 Huppert 140.

- I.**
Isaac 4.
- K.**
Kehrer, E. 26, 70.
Keith 5.
Kersch 64.
Klein 2.
Kleinwächter 11.
Klemperer 119.
Köstlin 14.
Krukenberg 14.
Küchenmeister 12.
Kussmaul 119.
Küstner 55.
- L.**
Lange 9.
Lannelongue 11.
Leisrink 12.
Lobingier 10.
Lusk 119.
- M.**
Manswetoff 70.
Martin, Ed. 87.
Martin, P. 12.
Masson 45.
Mayer 28.
Mendes de Leon 9.
Mercado 11.
Meyer 9.
Mirtl 70.
Mitchell 49.
Monardès 11.
Müller, P. 1.
- N.**
Négrier 11.
Nélaton 118.
Nothnagel 43.
Nussbaum v. 33.
- O.**
Oliver 10.
Olshausen 1, 6, 18, 27, 34, 37,
40, 75, 83, 93.
Ott v. 65.
- P.**
Pallen 13.
Péan 4.
Pentzold 4.
Pflanz 70.
Playfair 29.
Pozzi 13.
Prochownick 8, 13, 40, 95, 140.
- R.**
Ramy 5.
Récamier 11.
Reinick 10.
Reinl 65.
Révillout 124.
Rhazes 8.
Ritgen 9.
Rosthorn v. 15, 99, 133.
- S.**
Sänger 12, 29, 40.
Schauta 1, 8, 10, 15, 18, 22, 39,
51, 52, 57, 70, 81 f., 100, 133.
- Schmalfluss 5.
Schmidt 9.
Schneider 15, 133.
Schroeder 2.
Schultze 54, 79.
Simpson 124.
Sims 9.
Sippel 2.
Soranus 8, 9.
Strato 11, 13.
- T.**
Talma 124.
Trélat 4, 124.
Trendelenburg 9, 10, 16, 17, 30.
- U.**
Ullmann 101.
- V.**
Veit 9, 10, 53.
Velpeau 11.
Virchow 40, 95, 99, 123, 138.
- W.**
Walcher 30.
Waldstein 79.
Waugh 13.
Willisius 11.
Winckel v. 1, 2, 4, 10, 47, 54,
63, 87, 93, 94, 102, 104.
Winter 53.
Wolff 6, 15, 27, 34, 36, 40,
75 f., 107.

Sach-Verzeichnis.

Zahl = Seite; B. = Belastungslagerung.

A.

Aachener Naturforscherversammlung 7, 81, 100.
Adhäsionen, Erkennung solcher 58, 105.
Adjuvantien der B. 16, 34.
Adnexaffektionen 3 f., 6, 63, 64 f.
— akute 64.
Adrenalin 137.
Allgemeinbefinden und Ernährung 43, 46 f.
Ambulante Behandlung 91 f.
Anämie, akute 37.
—, chronische 108 f., 122.
Anamnese, Wichtigkeit solcher 54, 91.
Aortakompression 115.
Appendizitis und Exsudate 75.
Arbeitsunfähigkeit 2, 87.
Arndtsches Grundgesetz 128.
Asyle für Frauen 2.
Atmokaussis 101, 103, 120, 139.
Atmungsgymnastik 43 f., 110, 118.
Autotransfusion 36, 110.

B.

Bauchsympathikus 120 f.
Beckenaffektionen s. a. Adnexe.
— ambulante Behandlung 88 f.
— am Beckenboden 66 f.
— am Beckeneingang 85 f.
— Begleit- und Folgezustände 108 f.
— Diagnose 53 f., 100 f.
— Indikationen 62 f.
Beckenhochlagerung 9, 30.
— gegen Blutung 10.

Beckenhochlagerung zur Diagnose 10, 57.
— — Massage 10, 57.
— und Mittelhochlagerung 9, 16.
Belastung (Kompression) 38 f.
— graduelle 22 f.
— intravaginale 86.
Belastungskolpeurynter 23.
— — herzförmiger 27, 91.
Belastungslagerung:
— Adjuvantien 16, 34.
— Anerkennung 6.
— Appendizitis 75.
— Bettgestell 17.
— Binden 21.
— — elastische 25, 27, 93 f.
— Definition 8.
— Diagnostische Bedeutung 100.
— Druckschmerz 27.
— Entwicklung 14.
— Erfolglosigkeit 65, 73.
— Ersatz der Narkose 102.
— — — Operationen 2 f.
— Exsudate 66 f.
— Faktoren 16.
— Geschichte 8 f.
— Grenzgebiet von Diagnose und Therapie 105.
— Hängematten 19, 21.
— Heilfaktoren 34 f.
— Ischias 80.
— Kombinationen (s. d.) 69.
— Kompression (s. d.) 21.
— Lagerung der Kranken 17.
— Massage 50 f.
— Lücke in der Therapie 71.

Belastungslagerung:
 — Methode der allgemeinen Praxis 131 f.
 — Priorität 8, 15, 100, 106, 140.
 — Schwangerschaft 3 f., 40.
 — Töpferton 21.
 — Tubenschwellungen 65.
 — Venektasien 20.
 — „Versuche“ 65.
 — Wadenkrämpfe 20.
 Belastungstherapie 8.
 Beobachtungen, Übersicht 63.
 Beschwerdefreiheit 87.
 Beuttners Tisch 18.
 Binden bei B. 21, 86, 92, 98.
 Blutarmut 108 f.
 Blutfülle der Arterien 113.
 Blutleere, Gehirn 112, 119.
 —, Herz 110 f.
 Bozemans „Columning“ 29.

C. (s. a. K. u. Z.)

Castratio uterina 120.
 Cervixlaquearnarben 63, 83.
 Chloroform, Gefahren 102.
 Chlorose 108 f.
 Chrobaks Methode 12.
 Coitus interruptus 33, 121.
 Colica scortorum 124.
 „Columning“ (Bozeman) 29.
 Compresseur de l'ovaire 11.

D.

Darmadhäsionen 58.
 Definition der B. 8.
 Dehnkugeln 40.
 Diagnose der Beckenaffektionen 53 f.
 -- — Eiterung 65, 71.
 Diagnostischer Wert der B. 100 f.
 Direkter Druck 41.
 Direkte Fixationen 80.
 Douglasscher Raum, Exsudate 78.
 Druck, Wirkung auf Nerven 138.
 Druckschmerzen bei B. 27.
 Dyspareunia 31, 62, 83.

E.

Eipessar 13.
 Eiterung, Diagnose der 65, 71, 74, 103.
 Elevation der Beckenorgane 36, 38.
 Entlastung der Beckenorgane 36, 38, 85.
 — graduelle 22 f.

Ernährung und Allgemeinbefinden 43, 46 f.,
 110, 119.
 — — Resorption 37.
 Exazerbationen 92.
 Exsudate 66 f., 75, 78.
 Extremitäten, Einwicklung 112.

F.

Faktoren der B. 34.
 Fälle, Übersicht 63.
 Festschrift, Abegg 8, 14.
 —, Ärztl. Verein 15.
 Fieber, Kontraindikation 64, 93.
 Fixationen des Uterus 81, 83.
 Folgezustände der Exsudate 66 f.
 Frankenhäusers Zervikalganglion 30, 84, 122.
 Freundsche Methode 22.

G.

Garielsches Luftpessar 13, 27.
 Gazestopfer 30.
 Geschichtliches 8 f.
 Gummibinden s. Binden.
 Gummiring 28.

H.

Hämorrhoiden 139.
 Hautpflege 93, 110.
 Hegarscher Tisch 17, 18.
 Heilfaktoren der B. 34 f.
 — komplementäre 43 f.
 Heissluftapparate 70.
 Herz, Blutfülle 113.
 — — leere 110 f.
 — Kompression 110 f., 115.
 Herzförmiger Kolpeurynter 27, 91.
 Holzwolle (Walcher) 30.
 Hyperaesthesia peritonei pelvis 124.
 Hyperkinesis des Uterus 95.
 Hysterie 120 f.
 — Hyperkinesis des Uterus 95.
 — Kompression 11.
 — Neuerungen 72.
 — Schmerzen 32, 61, 84.
 — Uteruselevator bei 61.

I.

Impotenz 33.
 Improvisationen 16.
 Indikationen 62.
 Infusion 110, 118.

Irrigationen 76, 95.

„Ischias“ 80.

K. (s. a. C.)

Klinik, Freund 15, 22, 84, 105, 106, 133.

— Fritsch 26, 70.

— Olshausen 6, 15, 27, 34, 40, 75, 107.

— v. Rosthorn 15, 133.

— Schauta 8, 15, 81, 83, 133.

Klinisches Material 2, 77, 102, 107.

Klitorisonanie 138.

Knieellenbogenlage 9.

Kochsalzinfusion 110, 115.

Kokainisierung 31, 137.

Kolpeurynter, Geschichtliches 12 f.

— herzförmiger 27, 91.

— Massage 15, 26.

— Quecksilber 15, 22, 39.

— Quecksilberluft 15, 23, 26, 39.

— Rektum 101.

— Reposition des Uterus 12, 62, 80 f.

— Wasser 25.

Kolpeuryntermassage 15, 26, 84, 129, 134 f.

— bei Geburtswehen 139.

Kombinationen, therapeutische 16, 69, 76.

Kombinierte Untersuchung 56 f., 100.

Komplementäre Heilfaktoren 43.

Kompression 16.

— Aorta 115.

— Bauch 111 f.

— Binden (s. d.).

— Geschichtliches 10, 21.

— Herz 110 f.

— Hysterie 11.

— intravaginal 12.

— Schmerz 28.

— Schrotsack 11, 14, 21.

— Sympathicus 120 f.

— Temperaturmessung 28.

— Töpferton 21.

Kompressionsbogen 58.

— keule 111 f.

— rad 126.

Konglomerattumoren 87, 105.

Konkussion 129.

Konservative Heilverfahren 1 f.

Konstipation, muskuläre 14, 17, 139.

— Ursache 78, 84, 118, 120.

Kontraindikationen 64.

Korsett, Muskelschwäche 93.

Krankheit nach Operation 3.

Kussmaulsche Methode 119.

L.

Lagerung, Geschichtliches 9.

— schiefe Ebene 34.

Landesversicherungsanstalten 3.

Lendenmarksymptome 120, 125, 129.

Luftkolpeurynter 27, 28.

— Unterschied v. Quecksilberk. 39.

Luftpessar 13, 27.

M.

Ed. Martinscher Handgriff 87.

Massage:

— Kolpeurynter s. d.

— Kontraindikation 84.

— passive 13.

— Verhältnis zur B. 50 f.

Mastdarm, Kolpeurynter im — 28.

Masturbation 121.

Menstruation, Temperatur bei 64.

— Unterdrückung der — 119.

— Vorsicht bei der 65, 86, 91, 96, 103.

Methode, Technik der — 15 f.

Mirtische Apparate 70.

Mittelhochlagerung 8, 16, 20, 34, 56.

— und Beckenhochlagerung 9, 16.

— graduelle Belastung 24.

— kombinierte Untersuchung 56 f.

Münchener Naturforschervers. 7, 15, 100.

Muskelschmerzen bei B. 17.

Myasthenia intrapelvica 124, 139.

Myodynia — 31, 33, 63, 85, 124, 139.

Myom, Diagnose 105.

N.

Nabelverband 92.

Narben der Vagina 62.

Narkose bei Tubertumoren 33.

— Ersatz durch B. 100 f.

Naturforschervers. Aachen 15, 81, 100.

— München 7, 15, 100.

Naturheilmethode 73.

Nervöse Frauen 17.

Neuerungen 7, 12, 72, 84.

Neurose, Definition 122.

— Sympathicus 120 f.

O.

Oligaemia vera 108 f.

Operationen, Adnexe 6

— Arten 4.

— Ersatz durch B. 2

Operationen, Krankheit nach — 3 f.
Ovarien, fixierte 32, 63, 66 f.

P.

Parametritis 15, 53 f., 66.
— atrophicans 79.
— posterior 79.
Perforation, Exsudat 105.
Planum inclinatum 16, 34 f.
Plexushyperästhesie 120 f.
Praktischer Blick 120.
Priorität 8, 15, 100, 106, 140.
Privatpraxis 3 f., 17, 64, 72, 74, 87, 102, 107.
Pulsatio abdominalis aucta 120 f.
Pulskontrolle 110 f.

Q.

Quecksilberbelastung 22, 68.
— -kolpeurynter 15, 22.
— — Unterschied von Luftkolpeurynter 39.
— -luftkolpeurynter 15, 23, 26.

R.

Rektum, Behandlung vom — aus 87, 101.
— „nervöses“ 124.
Resorption und Ernährung 37.
Retroversio-flexio uteri 62, 80 f., 105.
Röhrenspiegel, kurze 21.
— Technik 31.
Rosers Nabelverband 92.
Rückenmarksdehnung 129.

S.

Scheide, enge 65.
Schiefe Ebene 34 f.
Schmerzen bei Hysterie 32.
— bei Kompression 28.
— Kontraindikation 64.
Schrotbelastung 21 f.
— -kondom 42.
— -säcke 11, 14, 21.
Schwangerschaft nach B. 3 f., 40, 87 f.
Schwindelanfälle 111.
Schwitzvorrichtung, elektrische 70.
Seifenspiritus 93.
Sportübungen 114.
— Ursache von Verstopfung 118.
Staffeltamponade 28 f., 84, 86.
— ambulante Kompression 41, 92.
— Schmerzen bei solcher 32.
— bei Tubenaffektion 33.

Stuhlregelung durch B. 78, 118.
Subinvolutio uteri 94, 139.
Suggestion (s. Hysterie) 131.
Suppressio mensium 119.
Sympathicusneurosen 120 f.

T.

Tamponade, Geschichtliches 12.
— bei Menstruation 119.
Technik der Methode 15 f.
Temperaturerhöhung bei Kompression 28.
Temperaturmessungen 37.
— am Abend 93.
Thermophore 70.
Töpferton 21.
Tubenaffektionen 33, 65, 86.

U.

Überreste von Exsudaten 66 f.
Übersicht der Fälle 63.
Uterus, Ballottement 61.
— Elevator 61.
— Fixationen 80, 83.
— Hyperkinesis 95.
— mechanische Reizung 42.
— Reposition 12.
— Retraktoren 79.
— Retroversio-flexio 62, 80 f., 105.
— Subinvolution 94.

V.

Vagina, Kürze der vorderen Wand 82.
— Mazeration 33.
— Narben 62.
— Risse durch Kolpeurynter 25.
Vaginismus 124, 137.
Vaginodynie 124.
Venektasien 20.
Verstopfung (s. Konstipation).
„Versuche“ mit B. 65.
Vibrationsmassage 129.

W.

Wadenkrämpfe bei B. 20.
Walchersche Holzwohle 30.
Wasserkolpeurynter 25.
v. Winckelscher Handgriff 87.

Z.

Zervikalganglion 30, 122.
Zugmassage 12.

24 N. 236

BELASTUNGSLAGERUNG.

GRUNDZÜGE

EINER

NICHTOPERATIVEN BEHANDLUNG

CHRONISCH-ENTZÜNDLICHER FRAUENKRANKHEITEN

UND IHRER FOLGEZUSTÄNDE.

VON

DR. LUDWIG PINCUS,

FRAUENARZT IN DANZIG.



MIT 25 ABBILDUNGEN.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1905.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Atmokausis und Zestokausis.

Die
Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf

in der
Gynäkologie.

Nebst einem Anhang:

Atmokausis und Zestokausis in der Chirurgie und Rhinologie.

Als typische Heilmethode monographisch-klinisch dargestellt

von

Dr. Ludwig Pincus,

Frauenarzt in Danzig.

== Mit 35 Abbildungen, Tafeln und Kurven. — Preis Mk. 10.60. ==

Das vorliegende Buch stellt in zusammenfassender, monographisch-klinischer Form die therapeutische Verwertung des hochgespannten Wasserdampfes, vornehmlich in der Gynäkologie dar. Es ist bekanntlich P.'s Verdienst, aus der von Snegirew zuerst 1886 empfohlenen „Vaporisation“ seit 1895 durch fortgesetztes Arbeiten und Verbessern auf diesem Gebiete ein typisches gynäkologisches Heilverfahren entwickelt zu haben, das, je nachdem es sich um offenen oder im Instrument abgeschlossenen Dampf handelt, als „Atmokausis“ oder „Zestokausis“ wohl allgemein jetzt bekannt ist. Die anfangs zahlreichen Gegner des Verfahrens haben sich stark verringert, besonders seitdem P. durch eine mittelst Umfrage hergestellte Sammelforschung 1897 die Leistungsfähigkeit und Ungefährlichkeit der Methode bei richtiger Anwendung dargetan und Fritsch in der 9. Auflage seiner „Krankheiten der Frauen“ die Atmokausis als „ungefährlich, schmerzlos und wirksam“ bezeichnet hatte . . .

Münch. med. Wochenschr.

Die Behandlung mit hochgespanntem Wasserdampf in der Gynäkologie hat, Dank der unermüdllichen Bestrebungen von L. Pincus selbst, definitiven Einzug in die gynäkologische Praxis gehalten. Ein Buch, das über alles Wissenswerte der neuen Behandlungsmethode bequem Aufschluss zu geben imstande war, fehlte aber.

Es wird jeder, der sich um die Pincussche Atmokausis interessiert, daher mit Freuden die monographische Bearbeitung der Atmokausis und Zestokausis begrüßen. Nach einer historisch-kritischen Einleitung folgen Kapitel: Ueber das Instrumentarium zur Atmokausis und Zestokausis; zur instrumentellen Technik; über Experimentelles; zur Anatomie der Atmokausis und Zestokausis.

In einem speziellen Teil werden die Vorbereitung der Kranken und des Instrumentariums, sowie die Methode der Anwendung besprochen; dann werden interessante Fragen einer praktischen Beleuchtung unterzogen, wie z. B.: „Ist Narkose notwendig? Darf ambulant behandelt werden? Ist Assistenz nötig? Eignet sich die Methode für den praktischen Arzt? etc., etc.

Zuletzt folgen die Indikationen und Kontraindikationen.

Der Gynäkologe kann sich der vorliegenden monographischen Bearbeitung nicht entziehen; sie gibt ihm über alles Auskunft, was zu wissen notwendig ist. Sie erlaubt Uneingeweihten, in kurzer Zeit sich die absolut notwendigen Kenntnisse anzueignen.

Auf den 400 Seiten wird ein reiches Material geboten.

Gynäkologia Helvetica.

Grundriss
der
Kinderheilkunde
mit
besonderer Berücksichtigung der Diätetik.

Von Dr. Otto Hauser,
Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Berlin.

Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage.

Preis Mk. 8.—. Gebunden Mk. 9.—.

Auszug aus dem Inhalts-Verzeichnis:

Physiologische Besonderheiten des Kindesalters.

Cirkulationsorgane. Respirationsorgane. Digestionsorgane. Dentition. Stoffwechsel. Urogenitalorgane. Nervensystem. Körpertemperatur. Haut, Schlaf, Augen. Arzneimittel.

Die Diätetik des Kindesalters.

Die natürliche Ernährung an der Mutterbrust. Die Ammen-Ernährung. Störungen, die beim Stillen eintreten. Die Entwöhnung und spätere Ernährung. Die Pflege im ersten Lebensjahre. Die künstliche Ernährung. Gewinnung der Kuhmilch. Zubereitung der Kuhmilch. Kochen und Sterilisieren. Die künstlichen Milchpräparate. Andere Tiermilcharten. Milchkonserven und Kindermehle.

Die Krankheiten des Neugeborenen.

Die Krankheiten der Verdauungsorgane.

Die Krankheiten des Mundes. Die Krankheiten des Rachens. Die Krankheiten des Oesophagus. Die Krankheiten des Magens und Darms. Die Krankheiten des Bauchfells. Die Krankheiten der Leber. Die Krankheiten der Milz.

Die Krankheiten der Atmungsorgane.

Die Krankheiten der Nase. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Die Krankheiten der Bronchien und der Lunge.

Die Krankheiten des Cirkulationsapparates.

Die Krankheiten des Urogenitalapparates.

Die Blasenkrankheiten.

Die Krankheiten des Nervensystems.

Die Krankheiten des Gehirns. Die Krankheiten des Rückenmarks.

Die Neurosen.

Die Krankheiten der Haut.

Akute allgemeine Infektionskrankheiten.

Chronische infektiöse Allgemeinkrankheiten.

Konstitutionskrankheiten.

Sachregister.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Rezept-Taschenbuch
für
Kinderkrankheiten.

Von
Dr. O. Seifert,
Professor an der Universität Würzburg.

Vierte vermehrte Auflage. — Gebunden Preis Mk. 3,20.

In neuester Zeit sind mehrere Rezepttaschenbücher für Kinderkrankheiten erschienen. Keines hat jedoch eine so wohlwollende Aufnahme und rasche Verbreitung gefunden wie das vorliegende. Und dasselbe verdient in der That eine günstige Beurteilung. Sein Verfasser, ein erfahrener Fachmann, hat es vortrefflich verstanden, die richtigen Grenzen innezuhalten und bei zweckmässiger Auswahl und Anordnung des Stoffes nur das zu geben, was der Mediziner braucht und beim Nachschlagen ohne Zeitverlust auffinden kann. Die vorliegende dritte Auflage bringt mancherlei Verbesserungen und Vermehrungen. Eine Anzahl von neuen Arzneimitteln sind aufgenommen und in einem Anhang kurze Anmerkungen über Bäder verzeichnet. Gleich ihren beiden Vorgängern wird auch diese neue Auflage sicherlich zahlreiche Freunde in den ärztlichen Kreisen finden.

Therapeutische Monatshefte.

Die Technik
der
Lithotripsie.

Vorlesungen

von
Professor Dr. Felix Guyon in Paris.

Mit Ermächtigung des Autors übersetzt und bearbeitet

von
Dr. Georg Berg in Frankfurt a. M.

Preis Mk. 3.— ord.

Die
Pflege und Ernährung des Säuglings.

Ein Ratgeber für Mütter und Pflegerinnen.

Von
Dr. med. **Friedmann,**
Kinderarzt in Beuthen.

Gebd. Mk. 2.—.

Über
natürliche und künstliche
Säuglingsernährung.

Von
Dr. Karl Oppenheimer in München.
Mk. —,80.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Gesichtsstörungen und Uterinleiden.

Von

Geh. Med.-Rat Professor Dr. A. Mooren in Düsseldorf.

Zweite umgearbeitete Auflage M. 1.80.

Auszüge aus dem Inhaltsverzeichnis:

- I. Die Einwirkung der Geschlechtsreife auf den Gesamtorganismus.
 - II. Der Einfluss der Uterinstörungen auf das Entstehen der Augenleiden.
 - III. Das Zurücktreten der Menstruation.
 - IV. Der Einfluss der Parametritis.
 - V. Die Lageanomalien des Uterus.
 - VI. Die Hysterie.
 - VII. Die Basedow'sche Krankheit.
 - VIII. Die Einwirkung der Schwangerschaft und des Wochenbetts.
 - IX. Das Klimakterium der Frauen.
 - X. Therapeutische Bemerkungen.
-

Diagnose und Therapie der nervösen Frauenkrankheiten infolge gestörter Mechanik der Sexualorgane.

Von

Dr. med. M. Krantz
in Barmen.

■ M. 2.40. ■

Die Wechselbeziehungen zwischen Frauenleiden und allgemeinen, insbesondere nervösen Krankheiten, werden immer noch viel zu wenig beachtet. Darum muss es als ein Verdienst des Verfassers bezeichnet werden, wenn er diese, häufig recht schwer zu beurteilenden Verhältnisse einer monographischen Bearbeitung unterzogen hat. Die Anordnung des Stoffes ist eine sehr übersichtliche, und die Sprache klar und präzise. Bei der Therapie will Verf. die Massage in ausgiebiger Weise angewendet wissen, ohne dass deshalb die anderen, als gut bewährten Heilmethoden ausser Acht gelassen werden. Es ist zu wünschen, dass das Buch einen grossen Leserkreis findet, damit gerade dieses Gebiet eine weitere Bearbeitung findet. Man muss sich nur davor hüten, wirklich nervöse Allgemeinleiden, welche durch ein zufällig gleichzeitiges Frauenleiden kompliziert sind, als solche zu verkennen und zu glauben, dass nun alle die nervösen Symptome verschwinden werden, wenn das Frauenleiden beseitigt ist.

Abel-Berlin, i. d. „Medizin der Gegenwart“.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Die
Chloroform- und Aethernarkose
in der Praxis.

Von

Dr. Koblanek,

Privatdozent an der Universität, Oberarzt der Königl. Univ.-Frauenklinik in Berlin.

Preis Mk. 1,20.

Die
Beurteilung des Schmerzes
in der
Gynäkologie.

Von

Dr. med. Richard Lomer,

Frauenarzt in Hamburg.

Mit einem Vorwort von Dr. A. Sänger, Nervenarzt in Hamburg.

Preis Mk. 2.—.

Der Kolpeurynter.
Seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshilfe.

Von

Dr. R. Bierner,

Frauenarzt in Wiesbaden.

Mit einem Vorwort von Geh.-Rat Prof. Dr. H. Fritsch in Bonn.

Mit 3 Abbildungen im Text. — Mk. 2.—.

Die Aetiologie
der
geburtshilflichen Dammverletzung
und der
Dammschutz.

Von

Dr. med. M. Krautz in Barmen.

Preis Mk. 2,80.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Kurzgefasstes Lehrbuch
der
Mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik

von

Dr. Josef Albert Amann jr.,

Privatdozent der Gynäkologie an der Universität München.

Mit 94 Abbildungen, zum grössten Teil nach eigenen Präparaten.

Preis Mk. 5.40.

Leitfaden
für die
Nachprüfungen der Hebammen.

Von

Dr. Karl Waibel,

k. Bezirksarzt in Kempten.

Vierte, umgearbeitete Auflage. Preis eleg. geb. Mk. 2.—.

Zur
Pathologischen Anatomie
des
kindlichen Alters.

Von

Dr. A. Steffen, Stettin.

==== Preis Mark 8.—. =====

Ueber die Missbildungen
von
Ektopisch entwickelten Früchten
und
deren Ursachen.

Von

Geh.-Rat Professor **Dr. F. v. Winckel** in München.

Mit 11 Abbildungen auf 9 Tafeln.

Mk. 12.—.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Soeben erschienen:

Grundriss
zum Studium
der
GEBURTSHÜLFE

in
achtundzwanzig Vorlesungen
und
fünfhundertachtundsiebzig bildlichen Darstellungen.

Von **Dr. Ernst Bumm**,
Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Berlin.

Zweite vermehrte Auflage.

— Gebunden Preis Mk. 14.60. —

Aus Besprechungen der ersten Auflage:

Gern folge ich der Aufforderung, vorliegendes Werk hier anzuzeigen; es ist eine Freude, ein neues, originelles und verdienstvolles Stück Arbeit vollendet zu sehen. Das Neue finde ich in den bildlichen Darstellungen. Wenn man mit kritischem Blick unsere modernen, dem Unterricht dienenden Bücher durchstudiert, so fällt der Unterschied der technischen Herstellung der Abbildungen sehr in die Augen und nicht immer zu Gunsten der Deutschen; die Schönheit z. B. der Zinkographien in Kellys Operative Gynecology überraschte uns alle; die sprechende Wahrheit der Bilder liess es uns schmerzlich empfinden, dass solch Werk nur in Amerika möglich sei. Das ist nun vorbei: Bums Grundriss beweist zu unserer grossen Befriedigung, dass es auch bei uns möglich ist, gleich Vollendetes zu leisten.

Bumm vereinigt die, fast möchte man sagen, hinreissende Schönheit der Abbildungen mit einer sehr grossen Zahl: fast auf jeder Seite ein Bild

. . . Niemand wird das Werk unbefriedigt aus der Hand legen; dem Verf. wünschen wir, dass er nicht nur durch Herausgabe, sondern auch durch den Erfolg dauernd Befriedigung empfinden möge.

J. Veit (Erlangen) in Centralblatt f. Gynäkologie.

Chirurgie der Notfälle.

Darstellung der dringenden chirurgischen Eingriffe

von

Dr. Hermann Kaposi,
Assistenzarzt der Chirurgischen Klinik Heidelberg.

Gebunden Preis Mark 5.30.

Grundriss der medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten einschliesslich Grundzüge der Diagnostik. Von Dr. med. P. Rodari in Zürich. M. 3.60.

Handbuch der embryologischen Technik. Von Dr. med. Paul Röthig, früher Assistent am anatomisch-biologischen Institut Berlin. Mit 34 Abbildungen. M. 10.60.

Die Lehre von den Geschwülsten. Mit einem mikroskopischen Atlas, (63 Tafeln mit 296 farbigen Abbildungen). In zwei Bänden von Dr. Max Borst, Professor und I. Assistent am pathologischen Institut der Universität Würzburg. M. 50.—, gebunden M. 53.20.

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von Professor Dr. Ed. Lang in Wien.
I. Band: **Hautkrankheiten.** Mit 87 Abbildungen. Mk. 14.60.
II. Band: **Geschlechtskrankheiten.** Mit 85 Abbildungen. Mk. 10.40.

Einführung in die experimentelle Entwicklungsgeschichte. (Entwicklungsmechanik.) Von Professor Dr. Otto Maas in München. Mit 135 Figuren. M. 7.—.

Studien über die Ursachen der Lungenkrankheiten. Von Dr. N. P. Tendeloo, Prosektor am Stadtkrankenhaus in Rotterdam. M. 12.60.

Die Funktionsprüfung des Darms mittelst der Probekost. Ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und ihre diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse von Prof. Dr. Schmidt in Dresden. Mit einer farbigen Tafel. Mk. 2.40.

Die Fettleibigkeit (Corpulenz) und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen von Prof. Dr. Ebstein in Göttingen. Achte sehr vermehrte Auflage. Mk. 3.60.

Lehrbuch der physiologischen Chemie von Prof. Olof Hammarsten, Upsala. Fünfte völlig umgearbeitete Auflage. Mk. 17.—, gebunden Mk. 19.—.

Die psychischen Zwangsercheinungen. Auf klinischer Grundlage dargestellt von Dr. L. Loewenfeld in München. Mk. 13.80.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.

herausgegeben von

- Dr. L. Löwenfeld** in München und **Dr. H. Kurella** in Breslau.
- I. **Somnambulismus und Spiritismus.** Von Dr. med. Löwenfeld in München. M. 1.—
 - II. **Funktionelle und organische Nervenkrankheiten.** Von Prof. Dr. H. Obersteiner in Wien. M. 1.—
 - III. **Ueber Entartung.** Von Dr. P. J. Möbius in Leipzig. M. 1.—
 - IV. **Die normalen Schwankungen der Seelentätigkeiten.** Von Dr. J. Finzi in Florenz, übersetzt von Dr. E. Jentsch in Breslau. M. 1.—
 - V. **Abnorme Charaktere.** Von Dr. J. L. A. Koch in Cannstatt. M. 1.—
 - VI/VII. **Wahnideen im Völkerleben.** Von Dr. M. Friedmann in Mannheim. M. 2.—
 - VIII. **Ueber den Traum.** Von Dr. S. Freud in Wien. M. 1.—
 - IX. **Das Selbstbewusstsein, Empfindung und Gefühl.** Von Prof. Dr. Th. Lipps in München. M. 1.—
 - X. **Muskelfunktion und Bewusstsein.** Eine Studie zum Mechanismus der Wahrnehmungen. Von Dr. E. Storch in Breslau. M. 1.20
 - XI. **Die Grosshirnrinde als Organ der Seele.** Von Prof. Dr. Adamkiewicz in Wien. M. 2.—
 - XII. **Wirtschaft und Mode.** Von W. Sombart, Breslau. M. —.80
 - XIII. **Der Zusammenhang von Leib und Seele das Grundproblem der Psychologie.** Von Prof. W. Schuppe in Greifswald. M. 1.60
 - XIV. **Die Freiheit des Willens vom Standpunkte der Psychopathologie.** Von Professor Dr. A. Hoche in Strassburg. M. 1.—
 - XV. **Die Laune.** Eine ärztlich-psychologische Studie. Von Dr. Ernst Jentsch in Breslau. M. 1.20
 - XVI. **Die Energie des lebenden Organismus und ihre psycho-biologische Bedeutung.** Von Prof. Dr. W. v. Bechterew in St. Petersburg. M. 3.—
 - XVII. **Ueber das Pathologische bei Nietzsche.** Von Dr. med. P. J. Möbius, Leipzig. M. 2.80
 - XVIII. **Ueber die sogen. Moral insanity.** Von Med.-Rat Dr. Naেকে in Hubertusburg. M. 1.60
 - XIX. **Sadismus und Masochismus.** Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin. M. 2.—
 - XX. **Sinnesgenüsse und Kunstgenuss.** Von Prof. Karl Lange in Kopenhagen. Nach seinem Tode herausgegeben von Dr. Hans Kurella in Breslau. M. 2.—
 - XXI. **Ueber die geniale Geistestätigkeit** mit besonderer Berücksichtigung des Genies für bildende Kunst. Von Dr. L. Löwenfeld in München. M. 2.80
 - XXII. **Psychiatrie und Dichtkunst.** Von Dr. G. Wolff in Basel. M. 1.—
 - XXIII. **„Bewusstsein — Gefühl“.** Eine psycho-physiologische Untersuchung. Von Prof. Dr. Oppenheimer, Heidelberg. M. 1.80
 - XXIV. **Studien zur Psychologie des Pessimismus.** Von Dr. A. Kowalewski in Königsberg (O.-P.). M. 2.80
 - XXV. **Der Einfluss des Alkohols auf das Nerven- und Seelenleben.** Von Dr. E. Hirt in München. M. 1.60
 - XXVI. **Berufswahl und Nervenleiden.** Von Prof. Dr. A. Hoffmann in Düsseldorf. M. —.80
 - XXVII. **Individuelle Geistesentartung und Geistesstörung.** Von Direktor Dr. Th. Tiling. M. 1.60
 - XXVIII. **Hypnose und Kunst.** Von Dr. L. Löwenfeld in München. M. —.80
 - XXIX. **Musik und Nerven.** Von Dr. Ernst Jentsch in Breslau. M. 1.—
 - XXX. **Übung und Gedächtnis.** Von Dr. med. S. Meyer in Danzig. M. 1.30
 - XXXI. **Der Fall Otto Weininger.** Von Dr. F. Probst in München. M. 1.—
 - XXXII. **Die Frau in der Kulturbewegung der Gegenwart.** Von Gertrud Bäumer. Mit einem Vorwort von Dr. Löwenfeld. M. 1.30

Soeben erschienen:

Die
Funktionsprüfung des Darms mittels der Probekost,
ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis
und ihre diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse.

Von

Professor Dr. **Adolf Schmidt,**
Oberarzt am Stadtkrankenhaus Friedrichstadt in Dresden.

Mit einer Tafel. — Preis Mk. 2.40.

Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis.

Vorwort. — I. Die Funktionsprüfung des Darmes. — II. Die Probekost. — III. Die Stuhluntersuchung. A. Makroskopische Untersuchung. B. Mikroskopische Untersuchung. C. Die chemische Untersuchung. D. Die bakteriologische Untersuchung der Fäzes. — IV. Die simeotische Bedeutung der pathologischen Fäzesbefunde. 1. Der Schleim. 2. Unveränderte Gallenfarbstoffe (Bilirubin) und Schwankungen des Hydrobilirubingehalts. 3. Ungenügende Fettverdauung. 4. Fleischreste. 5. Kohlehydratreste (Gährungs- resp. Brutschrankprobe). 6. Verhältnis der Gährung zur Fäulnis. — V. Rückblick auf weitere Aufgaben der Funktionsprüfung. — VI. Darmstörungen seitens des Magens, der Leber und des Pankreas. A. Gastrogene Darmstörungen. B. Hepatogene Darmstörungen. C. Pankreatogene Darmstörungen. — VI. Selbständige Darmstörungen. 1. Organische Erkrankungen. A. Geschwüre. B. Katarrhe. C. Darmatropie. 2. Funktionelle Erkrankungen. A. Sekretorische Störungen. B. Resorptionsstörungen. C. Motorische Störungen. (Tormina intestinum, Nervöse Diarrhöe, Habituelle Obstipation.) Literaturverzeichnis.

**Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung
nach physiologischen Grundsätzen.**

Von

Dr. **Wilhelm Ebstein,**
Geheimer Medizinalrat, O. Ö. Professor der Medizin und Direktor der medizinischen Klinik und Poliklinik in Göttingen.

Achte, sehr vermehrte Auflage.

Preis M. 3.60, geb. M. 4.60.

Soeben erschien:

Handbuch der ✻ ✻ ✻ ✻ ✻ ✻
allgemeinen und speziellen Hydrotherapie.

Für Studierende und Aerzte

von

Dr. Ludwig Schweinburg,

Direktor und Chefarzt des Sanatoriums in Zuckmantel.

Nebst einem Beitrage

von

Dr. Oskar Frankl, Frauenarzt in Wien.

Die Hydrotherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

Mit 45 Abbildungen. — Preis: Mk. 6.—. Gebunden Mk. 7.—.

Auszüge aus Besprechungen:

Ein vorzügliches Lehrbuch für Studierende und Aerzte, das trotz seiner Knappheit doch alles bringt, was für die Praxis von Bedeutung, da eben hier der erfahrene, auf echt wissenschaftlichem Boden stehende Arzt seine Erfahrungen der ärztlichen Welt überliefert. Den Standpunkt des Autors charakterisiert wohl am besten seine im Vorwort abgegebene Bedeutung: „Prinzipiell freilich wäre es nur wünschenswert, wenn die Hydrotherapie als selbständige Disziplin abdauken und, im Verein mit anderen, auf anatomisch-physiologischer Basis aufgebauten Theorien zu einer allgemeinen Therapie vereinigt würde.“ Der Beitrag von Frankl dürfte gleichfalls dem vorliegenden Buch zu einer raschen Aufeinanderfolge von neuen Auflagen verhelfen, was wir im Interesse der Aufnahme der Hydrotherapie in das Rüstzeug des praktischen Arztes nur wünschen können.

Brieger-Berlin i. d. Monatschr. f. orthop. Chirurgie u. physikal. Heilmethoden.

Ein neues Lehrbuch aus der Winternitz'schen Schule und, wie gleich mit Vergnügen konstatiert sei, ein gutes. Dr. Schweinburg's Handbuch zeichnet sich durch wohlthuende Knappheit und Vollständigkeit aus. Gute Abbildungen erhöhen die Klarheit der Darstellung.

Archiv f. physikalisch diätetische Therapie i. d. ärztl. Praxis.

Das Schweinburg'sche Handbuch hat den grossen Vorteil, nichts Überflüssiges zu sagen, sich nicht in Diskussionen über Theorien einzulassen, die von einer Seite mit Hartnäckigkeit vertreten, von anderen wieder bestritten und als erledigt betrachtet werden. Von theoretischen Streitfragen will weder der Studierende, noch der praktische Arzt etwas wissen, wenn es sich um Hydrotherapie handelt. Wenn aber der praktische Arzt ein so kurzgefasstes, klares, übersichtliches Handbuch — wie das Schweinburg'sche ist — zur Hand nimmt, wird er es mit Vergnügen durchstudieren und einen klaren Einblick in unsere Disziplin gewinnen. Er wird auch die — mittelst sehr guter photographischer Aufnahmen erläuterte — Technik gut fassen und anwenden können.

Schweinburg hat in dieses Buch auch davon das Neueste aufgenommen, was in allerjüngster Zeit nicht nur in der Hydrotherapie, sondern auch in elektrischen- und Kohlensäurebädern, Heissluftapparaten u. s. w. technisch, methodisch und therapeutisch wertvoll ist.

Der geringe Preis von 6 Mark wird wohl auch zu der wohlverdienten Verbreitung desselben beitragen.

Ungarische Med. Presse.

Soeben erschien:

Grundriss der Medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten

einschliesslich Grundzüge der Diagnostik.

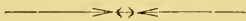
Für praktische Ärzte bearbeitet

von

Dr. P. Rodari,

prakt. Arzt und Spezialarzt für Krankheiten der Verdauungsorgane in Zürich.

M. 3.60.



Aus dem Vorwort. Gerade für die Verdauungskrankheiten ist das Gebiet der modernen Therapie von eminentem Nutzen und Segen und deshalb soll es auch die erste Stufe unter den Behandlungsmethoden einnehmen. In dieser Erkenntnis aber darf eine andere Methode nicht zu sehr in den Hintergrund gestellt werden, denn auch diese birgt in sich manche Kräfte und Schätze der Heilkunst. Ich meine die medikamentöse Therapie. Trotz der immerfort sich mehrenden Arzneimittel verspürt die heutige Richtung der Medizin einen Hang in sich zum Nihilismus in der Anwendung der Medikamente, zu einer Negation ihrer Wirkung zurückzukehren.

Und darin geht man entschieden zu weit! Die Ursachen sind mannigfacher Natur, und sollen hier nicht des weiteren untersucht werden, wohl aber soll sich diese Arbeit zur Aufgabe stellen, in gedrängter Form klar zu legen, was neben der physikalisch-diätetischen Therapie die medikamentöse zu leisten vermag.

Diese Arbeit soll nicht a priori ein Loblied auf die Anwendung von Arzneimitteln sein, sie soll vielmehr versuchen, kritische Umschau unter dem Hcere der Medikamente zu halten und nur die guten darunter auszuwählen, d. h. solche, für deren Wirkungsweise literarische, wie praktische Belege vorhanden sind.

Somit soll im Folgenden eine systematische Darstellung der Anwendung der Medikamente bei den Krankheiten des Magen-Darmtraktes gegeben werden.

Diese Systematik besteht darin, dass bei jedem Krankheitsbilde zunächst in gedrängter Form derjenige Symptomenkomplex angeführt wird, welcher eine symptomatische Therapie erfordert. Selbstverständlich werden auch die kausalen, und, soweit dies bei den Erkrankungen des Digestionsapparates in Frage kommen kann, — auch die spezifischen Indikationen besprochen.

Sodann sollen die allgemeinen Gesichtspunkte der Medikamentösen Therapie, auch an der Hand pharmakologischer Prinzipien, festgestellt werden. Diese mehr theoretischen Überlegungen finden endlich ihre praktische Anwendung in der Besprechung der verschiedenen medikamentösen Encheiresen, d. h. der betreffenden Arzneimittel selbst, sowie ihrer Kombination zu Rezepten und Methoden.

Ausführliches Inhaltsverzeichnis siehe nächste Seite.

**Grundriss der Medikamentösen Therapie der Magen- und Darmkrankheiten,
einschliesslich Grundzüge der Diagnostik, für praktische Ärzte
bearbeitet von Dr. P. Rodari.**

Inhaltsverzeichnis.

I. Teil: Magen.

A. Allgemeiner Teil:

- I. Allgemeine Diagnostische Vorbemerkungen.
- II. Allgemeine therapeutische Vorbemerkungen.
- III. Einteilung der Magenkrankheiten.

B. Spezieller Teil:

- I. Der akute Magenkatarrh, Gastritis acuta.
- II. Der chronische Magenkatarrh, Gastritis chronica.
- III. Die eiterige und die toxische Magenentzündung.
- IV. Das runde Magengeschwür, Ulcus ventriculi rotundum.
- V. Die Erosionen des Magens.
- VI. Der Magenkrebs, Carcinoma ventriculi.
- VII. Die Atonie und die Gastrektasie, Magenerschlaffung, Magenerweiterung.
- VIII. Die Lageveränderung des Magens, Gastropiose.
- IX. Die nervösen Magenaffektionen, Magenneurosen.
 - Die sensiblen Magenneurosen.
 - Die motorischen Magenneurosen.
 - Die sekretorischen Magenneurosen.
 - Die nervöse Dyspepsie.

II. Teil: Darm.

A. Allgemeiner Teil:

- I. Allgemeine diagnostische Vorbemerkungen.
- II. Allgemeine therapeutische Vorbemerkungen.
- III. Einteilung der Darmkrankheiten.

B. Spezieller Teil:

- I. Der akute Darmkatarrh, Enteritis catarrhalis acuta.
- II. Der chronische Darmkatarrh, Enteritis catarrhalis chronica.
- III. Die membranöse Dickdarmentzündung, Colitis membranacea.
- IV. Die Blinddarmentzündung, Typhlitis und Perityphlitis s. Appendicitis.
 - V. Die Darmgeschwüre, Ulcera intestinalia.
- VI. Der Darmkrebs, Carcinoma intestinale.
- VII. Die habituelle Obstipation.
- VIII. Der Darmverschluss, Ileus s. Miserere.
- IX. Die nervösen Darmkrankheiten. Darmneurosen.
- X. Krankheiten des Mastdarmes.

Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden.

Seeben erschien:

Handbuch der allgemeinen und speziellen Hydrotherapie.

Für Studierende und Ärzte

von

Dr. Ludwig Schweinburg,

Direktor und Chefarzt des Sanatoriums in Zuckmantel.

Nebst einem Beitrage

von

Dr. Oskar Frankl, Frauenarzt in Wien.

Die Hydrotherapie in der Gynäkologie und Geburtshilfe.

————— **Mit 45 Abbildungen.** —————

Preis Mk. 6.—. Gebunden Mk. 7.—.

Ein vorzügliches Lehrbuch für Studierende und Ärzte, das trotz seiner Knappheit doch alles bringt, was für die Praxis von Bedeutung, da eben hier der erfahrene, auf echt wissenschaftlichem Boden stehende Arzt seine Erfahrungen der ärztlichen Welt überliefert. Den Standpunkt des Autors charakterisiert wohl am besten seine im Vorwort abgegebene Bedeutung: „Prinzipiell freilich wäre es nur wünschenswert, wenn die Hydrotherapie als selbständige Disziplin abdenken und, im Verein mit anderen, auf anatomisch-physiologischer Basis aufgebauten Theorien zu einer allgemeinen Therapie vereinigt würde.“ Der Beitrag von Frankl dürfte gleichfalls dem vorliegenden Buch zu einer raschen Aufeinanderfolge von neuen Auflagen verhelfen, was wir im Interesse der Aufnahme der Hydrotherapie in das Rüstzeug des praktischen Arztes nur wünschen können.

*Brieger-Berlin i. d. Monatsschrift f. orthop. Chirurgie
u. physikal. Heilmethoden.*

Ein neues Lehrbuch aus der Winternitzschen Schule und, wie gleich mit Vergnügen konstatiert sei, ein gutes. Dr. Schweinburgs Handbuch zeichnet sich durch wohlthuende Knappheit und Vollständigkeit aus. Gute Abbildungen erhöhen die Klarheit der Darstellung.

Archiv f. physikalisch-diätetische Therapie i. d. ärztl. Praxis.

Das Schweinburgsche Handbuch hat den grossen Vorteil, nichts Überflüssiges zu sagen, sich nicht in Diskussionen über Theorien einzulassen, die von einer Seite mit Hartnäckigkeit vertreten, von andern wieder bestritten und als erledigt betrachtet werden. Von theoretischen Streitfragen will weder der Studierende, noch der praktische Arzt etwas wissen, wenn es sich um Hydrotherapie handelt. Wenn aber der praktische Arzt ein so kurzgefasstes, klares, übersichtliches Handbuch — wie das Schweinburgsche ist — zur Hand nimmt, wird er es mit Vergnügen durchstudieren und einen klaren Einblick in unsere Disziplin gewinnen. Er wird auch die — mittelst sehr guter photographischer Aufnahmen erläuterte — Technik gut fassen und anwenden können. Schweinburg hat in dieses Buch auch davon das Neueste aufgenommen, was in allerjüngster Zeit nicht nur in der Hydrotherapie, sondern auch in elektrischen und Kohlensäurebädern, Heissluftapparaten u. s. w. technisch, methodisch und therapeutisch wertvoll ist. Der geringe Preis von 6 Mk. wird wohl auch zu der wohlverdienten Verbreitung desselben beitragen.

Ungar. Med. Presse.

Handbuch der Gynäkologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachgenossen.

In drei Bänden herausgegeben von

J. Veit,

Professor an der Universität Halle.

3 Bände in 5 Abteilungen. Mit 566 Abbildungen im Texte und auf 23 Tafeln.

Preis M. 75.—, eleg. geb. M. 87.—.

I. Band. Preis M. 13.60. Inhalt:

Asepsis und Antiseptis in der Gynäkologie. Von H. Löhlein, Giessen.
Lage- und Bewegungsanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane.
Von Otto Küstner, Breslau.

Erkrankungen der Vagina. Von J. Veit, Halle.

Die gonorrhoeischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. Von E. Bumm, Berlin.

Entwicklung und Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien.
Von W. Nagel, Berlin.

II. Band. Preis M. 18.60. Inhalt:

Die Krankheiten der weiblichen Blase. Von H. Fritsch, Bonn.

Physikalische Untersuchungsmethoden der Blase. Von F. Viertel, Breslau.

Die Entzündungen der Gebärmutter. Von A. Döderlein, Tübingen.

Atrophia uteri. Von A. Döderlein, Tübingen.

Anatomie und Physiologie der Myome. Von K. Gebhard, Berlin.

Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose der Myome. Von J. Veit, Halle.

Die elektrische Behandlung der Myome. Von R. Schaeffer, Berlin.

Die palliative Behandlung und die vaginalen Operationen der Uterusmyome. Von J. Veit, Halle.

Die abdominalen Myom-Operationen. Von R. Olshausen, Berlin.

Myom und Schwangerschaft. Von R. Olshausen, Berlin.

III. Band, I. Hälfte. Preis M. 12.60. Inhalt:

Die Menstruation. Von K. Gebhard, Berlin.

Die Erkrankungen der Vulva. Von J. Veit, Halle.

Die Erkrankungen des Eierstocks und des Nebeneierstocks. Von J. Pfannenstiel, Giessen.

III. Band, II. Hälfte, I. Abteil. Preis M. 16.—. Inhalt:

Die Krankheiten des Beckenbindegewebes. Von A. v. Rosthorn, Heidelberg.

Anatomie des Carcinoma uteri. Von G. Winter, Königsberg.

Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Radicalbehandlung der Uteruscarcinome. Von R. Frommel, Erlangen.

Palliative Behandlung des inoperablen Carcinoms. Von A. Gessner, Erlangen.

Carcinom und Schwangerschaft. Von O. Sarwey, Tübingen.

Deciduoma malignum. Von J. Veit, Halle.

III. Band, II. Hälfte, II. Abteil. Preis M. 14.20. Inhalt:

Das Hämatocele. Von E. Winternitz, Tübingen.

Die Erkrankungen der Tube. I. Aetiologie und pathol. Anatomie.
Von F. Kleinhans, Prag.

Die Erkrankungen der Tube. II. Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie. Von J. Veit, Halle.

Allgemeine Peritonitis. Von A. Döderlein, Tübingen.

Das Sarcoma uteri. Von A. Gessner, Erlangen.

Erkrankungen des Beckenbindegewebes. Nachtrag v. A. v. Rosthorn, Heidelberg.

